



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

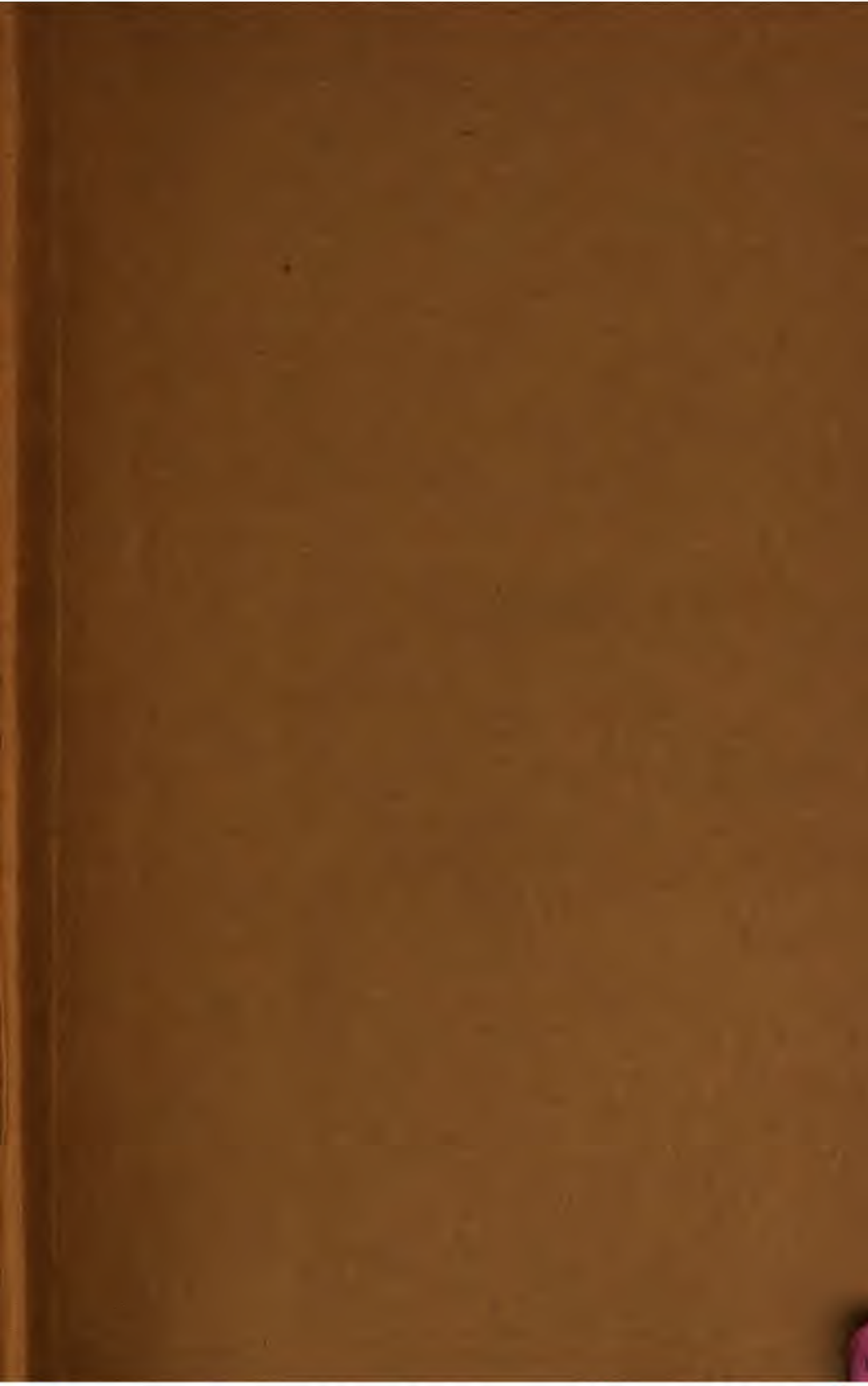
Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

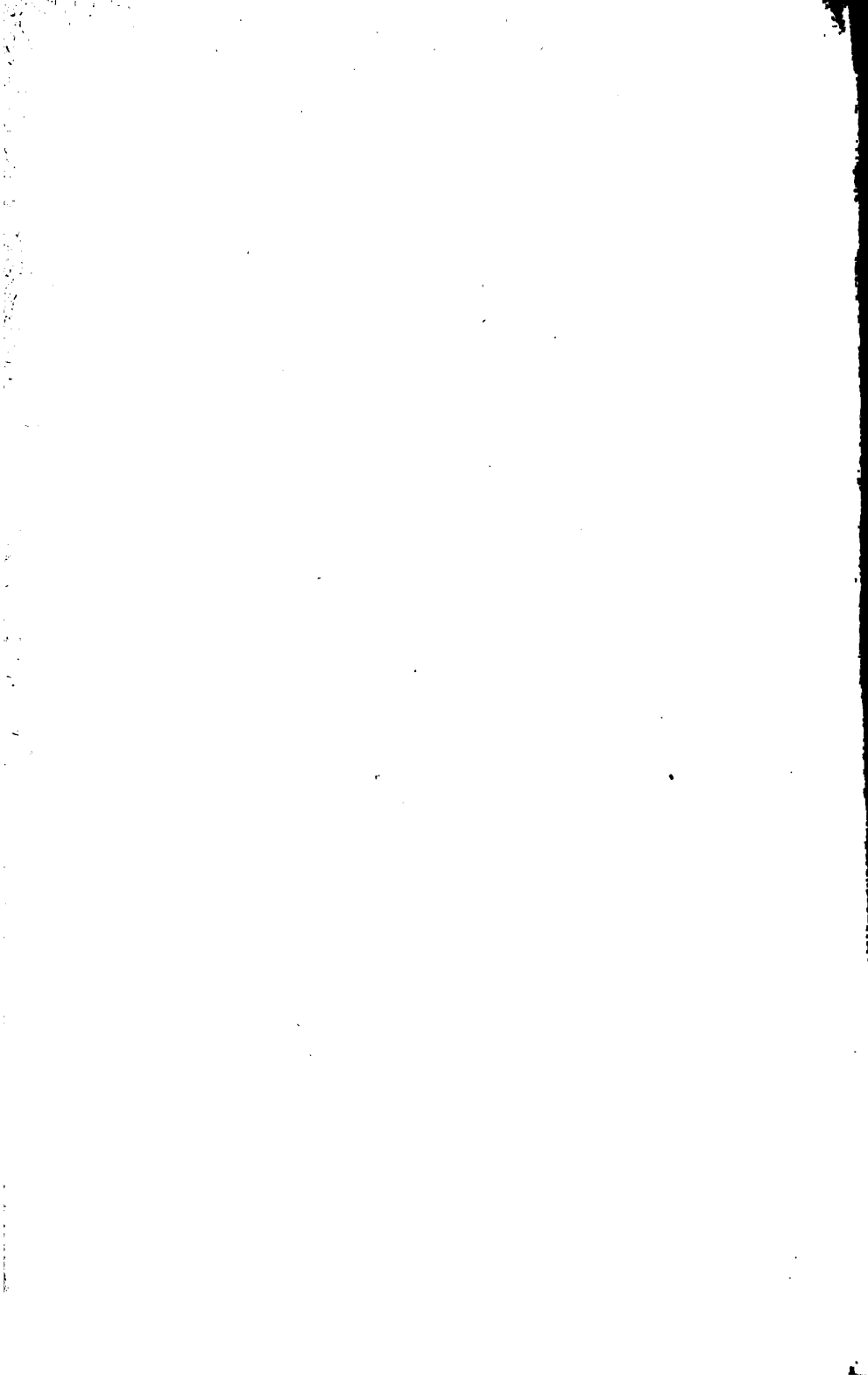
En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
& THE FENWAY.





SOCIÉTÉ
DE
MÉDECINE LÉGALE
DE FRANCE



SCIENCE — VÉRITÉ — JUSTICE

SOCIÉTÉ
DE
MÉDECINE LÉGALE
DE FRANCE

Fondée le 10 Février 1868

RECONNUE COMME ÉTABLISSEMENT D'UTILITÉ PUBLIQUE
PAR DÉCRET DU 22 JANVIER 1874

BULLETIN

TOME XV

2^e PARTIE

CLERMONT (OISE)

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES

3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

1899

DÉCRET

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts ;

Vu la demande formée par la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE, dont le siège est à Paris, à l'effet d'être reconnue comme établissement d'utilité publique ;

Vu les statuts de ladite Société ;

Le Conseil d'État entendu ;

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER.

La SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE est reconnue comme établissement d'utilité publique ;

ARTICLE II.

Ses statuts sont approuvés tels qu'ils sont annexés au présent décret. Aucune modification n'y pourra être faite sans l'autorisation du Gouvernement.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

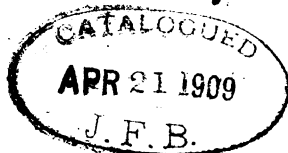
Fait à Versailles, le 22 janvier 1874.

Signé : Maréchal DE MAC-MAHON.

Par le Président de la République,

Le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts,

Signé : DE FOURTOU.



LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ

AU 1^{er} JANVIER 1899 (1)

Membres titulaires.

MM.

- * ALLIX (Émile), docteur en médecine, rue Saint-Florentin, 6.
- BALLET (Gilbert), Professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, rue du Général-Foy, 39.
- BARTHÉLEMY, médecin de Saint-Lazare, rue de Paradis, 21.
- BEAUVAIS (DE), médecin de la Prison de la Santé, rue de Trévisé, 39.
- BENOÎT, conseiller à la Cour d'appel, boulevard Henri IV, 2.
- BORDAS, sous-chef du laboratoire municipal, avenue de l'Observatoire, 3.
- BORDIER, avocat à la Cour d'appel, rue du Vieux-Colombier, 21.
- BOUCHEREAU, médecin en chef à l'Asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1.
- BRIAND (Marcel), médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine).
- BROUARDEL, professeur de médecine légale, Doyen de la Faculté, à la Faculté de médecine.
- BUDIN, professeur de la Clinique d'accouchement de la Faculté de médecine.
- CHARPENTIER (L.-A.-Alph.), membre de l'Académie de médecine, agrégé de la Faculté, rue de Miromesnil, 66.
- CHRISTIAN, médecin en chef à la Maison nationale de Charenton-Saint-Maurice (Seine).
- CONSTANT, avocat à la Cour d'appel, rue Louis-le-Grand, 19.
- DANET, avocat à la Cour d'appel, boulevard Saint-Germain, n° 217.
- DECORI, avocat à la Cour d'appel, boulevard Poissonnière, 23.
- * DEMANGE, avocat à la Cour d'appel, rue Jacob, 13.
- DESCOUST, chef des travaux de médecine légale, rue Étienne-Marcel, 37.
- DOUMERC, avocat à la Cour d'appel, rue Pasquier, 4.
- DUBOST, président de section au Tribunal civil, rue d'Anjou, 7.
- * FALRET (Jules), médecin honoraire de la Salpêtrière, rue Falret, à Vanves.
- FLOQUET, médecin en chef du Palais de justice, rue de la Gaîté, 10.

(1) Les noms des membres fondateurs sont précédés du signe*

- GARNIER (Paul), médecin en chef de l'Infirmierie du dépôt de la préfecture de police, boulevard Montmartre, 16.
- GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, rue de l'Université, 39.
- GOUJON, docteur en médecine, sénateur, rue Picpus, 90.
- GUILLLOT, juge d'instruction, membre de l'Institut (Académie des sciences morales), avenue de Villiers, 9.
- HANRIOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, rue Monsieur-le-Prince, 4.
- JACOMY, avocat général près la Cour d'appel, rue Clément-Marot, 14.
- JOSIAS, médecin des hôpitaux, rue Montalivet, 3.
- * LADREIT DE LA CHARRIÈRE, médecin en chef de l'Institution des Sourds-Muets, quai Malaquais, 3.
- LAUGIER (Maurice), médecin des prisons de la Seine, rue d'Athènes, 10.
- LE BLOND, médecin de Saint-Lazare, rue d'Hauteville, 53.
- LEFORT, avocat au Conseil d'État et à la Cour de Cassation, rue Blanche, 54.
- LEFUEL, conseiller à la Cour d'appel, rue de l'Université, 15.
- LEGRAS, médecin de l'Infirmierie spéciale du Dépôt des aliénés, passage Saulnier, 7.
- LEREDU, avocat à la Cour d'Appel, rue de Paradis, 42.
- LUTAUD, médecin-adjoint de Saint-Lazare, boulevard Haussmann, 47.
- MAGNAN, M. A. M., médecin de l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1.
- MASBRENIER, médecin de la Maison Centrale, à Melun (Seine-et-Marne).
- MAYGRIER, professeur agrégé de la Faculté de médecine, accoucheur des Hôpitaux, 10, rue Mogador.
- MEGNIN, membre de l'Académie de médecine, 6, avenue Aubert (Vincennes).
- MOREAU DE TOURS, docteur en médecine, rue de la Mairie, 23, Ivry-sur-Seine.
- MOTET, membre de l'Académie de médecine, rue de Charonne, 161.
- OGIER, expert chimiste, chef du laboratoire de toxicologie, rue de Bellechasse, 49.
- PICQUÉ, chirurgien de l'Hôpital de la Pitié, 8, rue de l'Isly.
- PINARD, M. A. M., professeur de la clinique des accouchements à la Faculté de médecine, rue Cambacérès, 10.
- POUCHET (Gabriel), M. A. M., professeur à la Faculté, rue Nicole, 18.
- RIANT, médecin de l'École normale de la Seine, faubourg Saint-Honoré, 138.
- RICHARDIÈRE, médecin des hôpitaux, rue de l'Université, 18.

RICHET (Ch.), professeur à la Faculté de médecine, rue de l'Université, 15.

ROCHER, avocat à la Cour d'appel, rue Taitbout, 80.

SÉGLAS, médecin en chef à l'hospice de Bicêtre.

SOCQUET, médecin expert près les Tribunaux, boulevard Richard-Lenoir, 6.

THOINOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 8, rue de l'Odéon.

VALLON, médecin en chef à l'asile de Villejuif, rue Lagrange, 3.

VALUDE, médecin de la clinique des Quinze-Vingts, boulevard Saint-Germain, 198.

VIBERT, chef des travaux d'anatomie pathologique de médecine légale pratique, boulevard Saint-Germain, 90.

VOISIN (Jules), médecin de la Salpêtrière, faub. Poissonnière, 58.

YVON, expert chimiste, avenue de l'Observatoire, 26.

Membres honoraires.

MM.

BAUDOUIN, président du Tribunal civil de la Seine.

BOUCHEZ, avocat à la Cour d'appel de Paris, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 71.

CAZELLES, conseiller d'Etat, rue de Londres, 60.

CHAUDÉ, avocat à la Cour d'appel, 14, rue de Condé.

CORNIL (V.), M. A., M., médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine, sénateur, rue Saint-Guillaume, 19.

DELASTRE, avoué à la Cour d'appel, boulevard Bonne-Nouvelle, 8.

DUGUET, M. A. M., médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté, rue de Londres, 60.

ERNOUL, ancien garde des sceaux, ministre de la justice, rue de Lille, 123.

* FERRAND (A.), membre de l'Académie de médecine, rue du Bac, 110.

FOURNIER, M. A. M., professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

* GOURAUD, médecin des hôpitaux, rue de Grenelle, 97.

LACASSAGNE, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon.

LEBAIGUE, chimiste, rue de Lancry, 8.

PICOT, membre de l'Institut, rue Pigalle, 54.

POLAILLON, M. A. M., chirurgien honoraire des hôpitaux 229, boulevard Saint-Germain.

* TENNESSON, médecin des hôpitaux, rue de Rennes, 99.

TURQUET, route de la Révolte, 11, à Neuilly-sur-Seine.

Correspondants nationaux.

Aux termes des statuts, le nombre total des membres correspondants nationaux ne doit pas dépasser 100 ; et il ne peut pas y en avoir plus de 7, au maximum, dans le ressort d'une cour d'appel.

COURS D'APPEL.	DÉPARTEMENTS.	NOMS ET QUALITÉS des correspondants.	RÉSIDENCE.
AGEN.....	Gers.....	DUBARRY, doct. méd.	Condom.
	Lot-et-Garonne	»	»
	Lot.....	CHAULET, doct. méd.	»
AIX.....	Basses-Alpes..	»	»
	Alpes-Maritim.	DE VALCOURT, d. m..	Cannes.
	B.-du-Rhône..	CHAVERNAC; doct. m.	Aix.
		DUFOUR, doct. méd..	Marseille.
	Var.....	VIDAL, doct. méd....	Grasse.
		MARQUEZ, médecin de l'hôpital.....	Hyères.
AMIENS.....	Aisne.....	PENANT, doct. méd...	Vervins.
	Oise.....	LÉCUYER, doct. méd.	Beaurieux.
	Somme.....	»	»
		»	»
ANGERS.....	Maine-et-Loire	BAHUAUT, doct. méd.	Angers.
	Mayenne.....	LEGLUDIC.	id.
	Sarthe.....	CHARBONNIER, d. m...	Saint-Calais.
BASTIA.....	Corse.....	»	»
BESANÇON.....		BOUTON, doct. méd..	Besançon.
	Doubs.....	DAYRAS, conseiller à la cour d'appel de Paris.....	Besançon.
	Jura.....	»	»
	Haute-Saône..	»	»
	Belfort.....	»	»
BORDEAUX.....	Charente.....	FOURNIER, doct. méd.	Angoulême.
	Dordogne.....	PARIS (Amédée), d. m.	Angoulême.
		BOISSARIE, doct. méd.	Sarlat.
	Gironde.....	RÉGIS, doct. méd....	Bordeaux.
		SAIGNAT, professeur à la Faculté de droit.	Bordeaux.
		VIGNEAU, doct. méd..	Bazas.

COURS D'APPEL	DÉPARTEMENTS.	NOMS ET QUALITÉS des correspondants.	RÉSIDENCE.
BOURGES.....	{ Cher.....	LEPRINCE, pharmac.	Bourges.
		»	»
		HUART DE VERNEUIL, avocat à la Cour de	Bourges.
		CHABENNAT, doct. méd.	La Châtre.
CAEN.....	{ Nièvre.....	SUBERT, doct. méd...	Nevers.
		Calvados.....	»
		Manche.....	»
CHAMBÉRY.....	{ Orne.....	»	»
		Savoie.....	CARRET neveu, doct. en médecine.....
		Haute-Savoie..	THONION, doct. méd... Annecy.
DIJON.....	{ Côte-d'Or.....	LAGUESSE, avocat....	Dijon.
		»	»
		Haute-Marne...	»
		Saône-et-Loire	»
DOUAI.....	{ Nord.....	COCHETEU, docteur en médecine.....	Valenciennes.
		DURIAU, doct. méd...	Dunkerque.
		»	»
		Pas-de-Calais..	»
GRENOBLE.....	{ Hautes-Alpes..	»	»
		Drôme.....	BONNET, doct. méd... Valence.
		Isère.....	GIRARD, professeur à l'Ecole de médecine
			Grenoble.
LIMOGES.....	{ Corrèze.....	»	»
		Creuse... ..	JARRIT-DELILLE, an- cien député.....
		Haute-Vienne.	VILLARD, doct. méd.. Guéret.
LYON.....	{ Haute-Vienne.	»	»
		Ain.....	»
		Loire.....	BERTRAND, doct. méd. Roanne.
	{ Rhône.....	»	»
		LAVIROTTE, docteur en médecine.....	Lyon.
		BERNARD, doct. méd..	Lyon.

COURS D'APPEL	DÉPARTEMENTS.	NOMS ET QUALITÉS des correspondants.	RÉSIDENCE.
MONTPELLIER...	Aude.....	»	»
	Aveyron.....	»	»
	Hérault.....	JAUMES, professeur de médecine légale....	Montpellier.
		JACQUEMET, prof. agr.	Montpellier.
		SARDA, docteur. méd.	»
	Pyrén.-Orient.	SICARD.....	Béziers.
		»	»
NANCY	Meurt.-et-Mos.	LALLEMENT, profes. à la Faculté..	Nancy.
		TOURDES, professeur et doyen honoraire.	Nancy.
	Vosges.....	GRUELL, doct. méd..	Gérardmer.
	Ardennes.....	TIRMAN, docteur en médecine	Charleville.
	Ardèche.....	»	»
NIMES.....	Gard.....	»	»
	Lozère.....	»	»
	Vaucluse.....	BÉRAUD, doct. méd... DE FERRY DE LA BEL- LONE, doct. méd....	Carpentras. Apt.
ORLÉANS	Indre-et-Loire.	DANNER, doct. méd.... TROCHON, avocat.....	Tours. Tours.
	Loir-et-Cher...	HOUSSARD, avocat....	Senzay.
	Loiret.....	PICARD, doct. méd.... AUGER, doct. méd....	Selles-s.-Cher. Pithiviers.
		DEFAUCAMBERGE, d. m.	Gien.
		D'OLLIER, doct. méd.	Orléans.
PAU.....	Landes.....	SENTEX, doct. méd....	Saint-Sever.
	Basses-Pyrén..	MORBIEU, doct. méd..	Saint-Palais.
	Hautes-Pyrén.	VALÉRY-MEUNIER, d. m.	Pau.
		»	»
PARIS	Aube.....	FINOT, doct. en méd.	Troyes.
	Eure-et-Loir..	CHESNEL, doct. méd..	Chartres.
	Marne.....	DECÈS, doct en méd	Reims.
	Seine.....	LAJOUX doct. méd..	Reims.
	Seine-et-Marne	LIEGEY, doct. méd.... CHARPENTIER (P.), d. méd	Choisy-le-Roi Meaux.
POITIERS.....	Seine-et-Oise..	BONNEAU, doct. méd..	Mantes.
	Yonne.....	DIONIS, doct. méd....	Auxerre.
	Charente-Inf..	DUPLOUX, doct. méd..	Rochefort.
	Deux-Sèvres..	GAILLARD, doct. méd.	Parthenay.
	Vendée.....	CULLERRE, doct. méd.	La Roche-s- Yon.
	Vienne.....	MASCAREL, doct. méd.	Châtellerault.
		JABLONSKY, doct. méd.	Poitiers.
	Charente-Inf..	MABILLE, doct. en méd.	»
		»	La Rochelle

COURS D'APPEL.	DÉPARTEMENTS.	NOMS ET QUALITÉS des correspondants.	RÉSIDENCE.
RENNES	Côtes-du-Nord.	AUBRY, doct. méd....	Saint-Brieuc.
	Finistère.....	»	»
	Ille-et-Vilaine.	BARBOT, pharmacien..	Saint-Servan
		SORRE, doct. méd....	Saint-Malo.
		HERVOT, doct.....	Saint-Malo.
		FOLLET, doct.....	Rennes.
	Loire-Infér....	LAENNEG, prof. à l'Ec.	Nantes.
		de médecine.....	Nantes.
		OLIVE, doct. méd....	Nantes.
		ANDOUARD, prof. à l'Ec.	Nantes.
RIOM.....	Morbihan.....	de méd. et de phar.	Nantes.
		PERRIN DE LA TOUCHE,	»
		doct. méd.....	»
		DE CLOSMADÉUC, chir.	Vannes.
	Cantal.....	en c. de l'Hôt-Dieu.	»
		»	»
		»	»
		»	»
	Haute-Loire...	GRASSET, doct. méd..	Riom.
	Puy-de-Dôme..	FREDET, doct. méd...	Clermont-F.
ROUEN.....	Allier.....	MORY, doct. méd....	Clermont-F.
	Eure.....	»	»
		»	»
		»	»
		»	»
	Seine-Infér....	BRUNET, doct. en méd.	Évreux.
		LEMARIEY, doct. méd.	Pont-Audem.
		BIDARD, chimiste....	Rouen.
		HURPY, doct. méd....	Dieppe.
TOULOUSE.....	Tarn.....	LAURENT, doct. méd..	Rouen.
		MARAIS, procureur gé-	»
		néral.....	Rouen.
		MARQUESY, doct. méd.	Neufchâtel- en-Bray.
	Ariège.....	»	»
		»	»
		»	»
		»	»
	Haute-Garonne	PARENT, doct. méd...	Toulouse.
	Tarn-et-Garon.	GRACIETTE, doct. méd.	Toulouse.
Algérie et Tunisie.			
ALGER.....	Alger.....	PAOLI, bibl. de l'univ.	Alger.
	Constantine...	CAMUS, doct. méd....	Bou-Saada.
	Oran	LACOUR, pharmacien.	Oran.
TUNISIE.....	Tunisie.....	LALLEMENT, doct. méd.	Tunis.
Colonies.			
BAS ^{se} -TERRE (LA)	Guadeloupe....	»	»
FORT-DE-FRANCE	La Martinique.	»	»
PONDICHÉRY....	Inde.....	»	»
SAINT-DENIS ...	Ile de la Réunion.	»	»
SAINT-LOUIS...	Sénégal.....	»	»

Correspondants étrangers.

Amérique du Nord	New-York	{ CLARK BELL. CHAUVEAU. FINELLE. Mme ROSE MAYNARD-DAVID.
Amérique du Sud..	Bahia	DAMAZIO.
Angleterre.....	Aberdeen	OGSTON FRANCIS.
Belgique.....	{ Bruxelles	{ SCHOENFELD. VLEMINCKX.
	{ Verviers	{ LARONDELLE.
	{ Charleroi.....	{ C. MOREAU.
Danemark	Copenhague....	{ SCHLEISNER. STEIMBERG-VALDENER.
Espagne.....	Madrid.....	MICARIO Y GARCIA.
Hongrie	Buda-Pest.....	DE GROSZ.
	Aversa.....	SANNICOLA.
Italie	{ Naples.....	{ PERLA NICOLLA.
	{ Rome	{ GIROLAMI.
	{ Turin	{ TONINO.
Nouvelle-Grenade.		POSADA ARANGO.
Prusse	Berlin.....	Prof.Fritz STRASSMANN
	Bucharest.....	MINOVICI.
Roumanie.....	{ Ploesci (d. Pra- hova)	{ MINGARELLI.
Russie.....	St-Pétersbourg.	ZMIGRODSKI.

BUREAU DE LA SOCIÉTÉ EN 1897-98

PRÉSIDENT.....	MM. BENOIT.
VICE-PRÉSIDENTS.....	{ CHARPENTIER.
	{ LADREIT DE LA CHARRIÈRE.
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.....	MOTET.
SECRÉTAIRES DES SÉANCES..	{ BRIAND.
	{ VALLON.
ARCHIVISTE	JOSEPH LEFORT.
TRÉSORIER.....	SOCQUET.

COMMISSION PERMANENTE EN 1897

MM. BENOIT, <i>Président.</i>	}	Membres de droit.
MOTET, <i>Secrétaire général.</i>		
MM. BROUARDEL.	}	Membres élus.
YVON.		
DANET.		
VIBERT.		
FLOQUET.		
CONSTANT.		
CHARPENTIER.		
ROCHER.		
LAUGIER.		

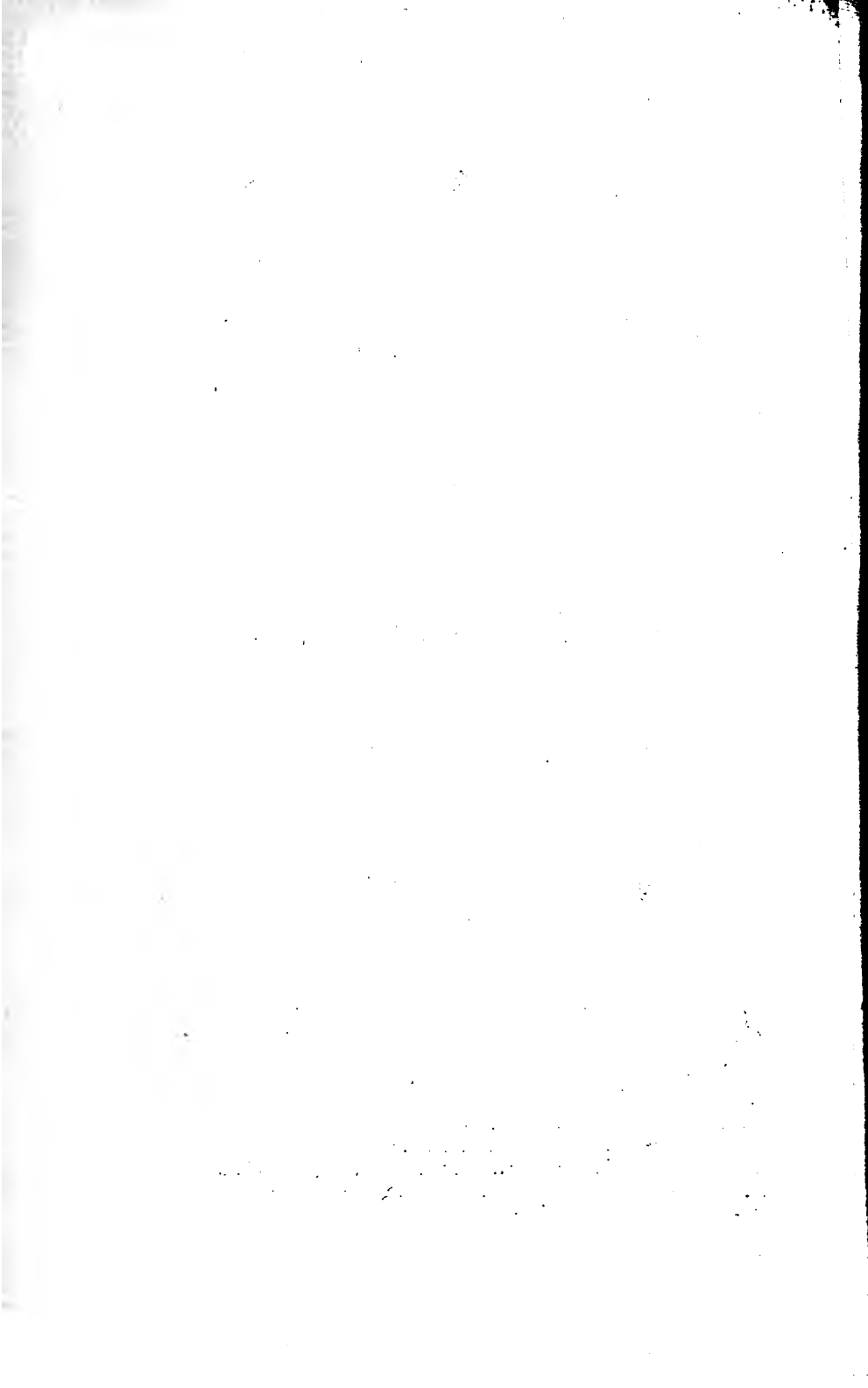
COMMISSION PERMANENTE EN 1898

MM. BENOIT, <i>Président.</i>	}	Membres de droit.
MOTET, <i>Secrétaire général.</i>		
MM. VIBERT.	}	Membres élus.
FLOQUET.		
CONSTANT.		
CHARPENTIER.		
ROCHER.		
LAUGIER.		
PHE. OUC		
GARNIER.		
LEFUEL.		

La Commission permanente, composée du Président, du Secrétaire général et de neuf membres titulaires, est chargée de recevoir, dans l'intervalle des séances, toutes les demandes d'avis motivés qui peuvent être adressées à la Société, et d'y répondre immédiatement s'il y a lieu.

La Commission permanente se réunit selon les besoins et délibère d'urgence dans l'intervalle des séances.

La Société de médecine légale tient ses séances au Palais de justice, chambre des référés, le second lundi de chaque mois, à quatre heures. Ses séances sont publiques.



SOCIÉTÉ

DE

MÉDECINE LÉGALE

DE FRANCE

SÉANCE DU 11 JANVIER 1897.

Présidence de MM. G. POUCHET et BENOIT.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le D^r CHARPENTIER, remerciant la Société de l'avoir élu vice-président.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR POUCHET,

Président sortant.

Messieurs et chers collègues,

L'activité de la Société de médecine légale s'est manifestée, au cours de ces deux dernières années, par un certain nombre de travaux auxquels ont été consacrés de fort intéressants rapports.

Une communication de MM. Motet, Richardière et Vibert, relative à un testament fait, lors de la dernière maladie, en faveur d'un ministre du culte, a été l'objet d'une remarquable étude de M. Décori sur l'interprétation de l'article 909 du code civil.

La question si délicate du secret médical a été envisagée à

SOC. DE MÉD. LÉG. XV.

deux points de vue fort différents. M. Muteau, conseiller honoraire à la Cour d'appel, l'a traitée dans une étude sur *l'assistance hospitalière et le secret professionnel* au sujet de laquelle notre distingué collègue M. Lefuel nous a lu, il y a peu de temps, un travail fort approfondi; et, tout récemment, un rapport très documenté de M. Lutaud a envisagé *le secret médical et la déclaration obligatoire des embryons et des fœtus*.

MM. Motet, Gilbert Ballet et Vallon nous ont communiqué des rapports relatifs à des cas d'*aliénation mentale*; M. Laugier a rapporté un cas intéressant d'*asphyxie par la fumée*; MM. Descoust et Bordas ont étudié l'*influence de la putréfaction sur la docimasia pulmonaire*; M. Ogier nous a montré les signalés services que l'application bien entendue des *rayons des Rœntgen* pouvait rendre à la médecine légale.

L'*exercice de la pharmacie* a été l'objet de communications intéressantes de la part de M. Yvon et de M. le D^r Grasset (de Riom) à qui nous devons la relation d'un empoisonnement par absorption d'un liniment composé de chloroforme, belladone, datura, opium et jusquiame.

Dans une récente communication, M. le D^r Valude a attiré l'attention sur des phénomènes d'intoxication produits par un nouvel agent mydriatique, la *scopolamine*. C'est le cas de faire remarquer combien le défaut d'unité et d'entente dans les appellations imposées aux principes immédiats actifs des végétaux peut être nuisible et même dangereux dans la pratique.

Voici plusieurs années déjà que mon maître et mon prédécesseur dans la chaire que j'ai l'honneur d'occuper à la Faculté de médecine de Paris, Jules Regnaud, a attiré l'attention sur ce fait que les principes actifs des solanées vireuses du groupe pharmacologique de la belladone sont constitués, presque exclusivement, par un mélange, en proportions variables, d'atropine et d'atropidine, alors que les alcaloïdes portent dans le commerce de la droguerie les noms de : atropine, hyosciamine, daturine, duboisine, scopolamine, etc.

Leur action physiologique, variable aussi, mais surtout au point de vue de l'intensité de cette action, avec le genre de plante qui les fournit, est fonction des proportions réciproques de ce mélange ; et c'est encombrer inutilement la science que d'attribuer des dénominations différentes à des substances encore incomplètement étudiées, dont l'emploi ne peut amener que du trouble et des désillusions dans la pratique thérapeutique.

Ne s'adresser qu'à des principes bien définis chimiquement et bien connus au point de vue de leur action physiologique est, en effet, le point de départ solide dont le thérapeute ne devrait jamais s'écarter.

D'importantes communications ont été adressées à la Société par quelques-uns de ses membres correspondants. La plus approfondie est, sans contredit, la remarquable étude de M. le Dr Legludic (d'Angers) sur les *attentats aux mœurs*. Je vous rappellerai encore celle de M. le Dr Baudry (de Lille) sur les *traumatismes de l'œil* ; celle de M. le Dr Grouhel sur les *maladies post-traumatiques* ; celle de M. le Dr Perrin de la Touche (de Rennes) sur un cas de *mort subite pendant une tentative d'avortement* par injection intra-utérine au septième mois de la grossesse.

Que cette énumération un peu sèche, et probablement fort incomplète, ne vous étonne pas outre mesure, mes chers collègues. Par suite de retards auxquels vous avez justement exprimé le désir que nous ne fussions plus exposés dans l'avenir, je n'ai pas eu sous la main, sous les yeux, le *Bulletin de la Société de médecine légale* qui contient nos travaux. Il me devenait dès lors difficile d'analyser autrement que d'une manière très sommaire, des œuvres qui veulent être lues attentivement, étudiées même, pour pouvoir en saisir toute la portée.

Nous nous devons, à nous-mêmes, de modifier un état de choses qui pourrait entraver la marche d'une Société comme la nôtre, dans laquelle sont constamment et je dirai même communément traitées des questions de l'intérêt le plus élevé

et le plus grave, en même temps que d'une utilité pratique indiscutable : c'est ce desideratum que vous avez certainement voulu souligner en chargeant une commission de chercher d'accord avec nos éditeurs une solution de nature à donner satisfaction à vos légitimes préoccupations.

Vous voudrez donc bien me pardonner la brièveté et l'insuffisance de ce compte rendu de vos travaux pendant ces deux dernières années ; mais, je désire insister ici sur quelques points dont j'ai conservé un souvenir plus particulièrement précis.

Le *congrès pénitentiaire* qui s'est tenu à Paris en 1895 a adopté, sur deux des questions du programme, les conclusions présentées par votre commission. La Société de médecine légale ne saurait rester indifférente à cette haute sanction apportée à ses opinions.

Enfin, vous faisant l'écho des protestations légitimes de tous ceux qui connaissent les difficultés dont la *mission de l'expert* est entourée, vous avez, par un vote absolument unanime, adopté la proposition de M. Décori, ainsi formulée :

« La Société de médecine légale, émue des attaques aussi vives qu'injustes dirigées par certains journaux contre M. le Dr Vibert à propos d'une expertise récente, proteste contre les imputations calomnieuses et erronées dirigées contre les médecins experts, et regrette que l'obligation du secret professionnel les mette dans l'impossibilité absolue d'y répondre. »

Nul n'était mieux qualifié qu'un des *mattres du Barreau* parisien pour formuler cette protestation. Nos collègues de la Magistrature et du Barreau, grâce au contact presque journalier que nous avons avec eux, sont à même d'apprécier mieux que qui que ce soit, et les difficultés de la tâche imposée à l'expert, et les soins, le tact, l'abnégation apportés par les experts dans l'accomplissement de leurs missions.

Savoir douter, et, à l'occasion, avouer son ignorance, voilà au point de vue de la pratique de la médecine légale un progrès immense de la réalisation duquel nous sommes en

grande partie redevables à la rigueur scientifique et à l'enseignement de notre éminent maître le professeur Brouardel.

L'expert n'a pas à faire ressortir et adopter son opinion ou son impression personnelles sur tel fait déterminé ; mais à montrer seulement ce qui est certain, ce dont la preuve expérimentale peut être fournie, en se plaçant dans des conditions semblables à celles où les phénomènes qu'il est chargé d'élucider se sont produits. L'expert prétendant tout savoir et tout expliquer n'est plus bientôt qu'une légende : il faut que cela se sache dans le public, et votre vote de confiance au sujet de notre sympathique collègue M. le Dr Vibert est une véritable et utile manifestation de cette idée.

Permettez-moi, en terminant, de féliciter la Société d'avoir appelé dans son sein des collègues comme M. Jacomy, l'éloquent avocat général à la Cour d'appel ; M. le Dr Legras, le distingué médecin de l'infirmerie spéciale du dépôt, M. Leredu, le brillant avocat à la Cour d'appel, M. le Dr Hanriot, agrégé de Faculté et de membre de l'Académie de médecine, mon ancien camarade de concours et de luttes, auquel je me fais un véritable plaisir de souhaiter la bienvenue dans notre Société.

Chacune de ces compétences spéciales assure à notre compagnie une vitalité et une autorité qui ne lui ont d'ailleurs jamais fait défaut.

En priant notre éminent collègue, M. le conseiller Benoit, de venir occuper le fauteuil de la Présidence, je désire que mes derniers mots soient des paroles de gratitude pour vous, Messieurs et chers collègues, qui avez bien voulu me faire le grand honneur de m'appeler, il y a deux ans, à cette présidence : Vous avez sans doute plutôt tenu compte de mon attachement pour notre chère Société que de mes faibles mérites, mais je vous en suis toujours profondément reconnaissant ; et si j'ai pu m'acquitter à peu près de ma tâche, je ne me dissimule pas que c'est en raison de votre bonne grâce et du zèle de nos collègues du bureau à qui j'adresse mes bien sincères remerciements. (*Applaudissements.*)

ALLOCUTION DE M. BENOIT,

Conseiller à la Cour d'appel,

EN PRENANT PLACE AU FAUTEUIL PRÉSIDENTIEL.

Je suis très sensible à l'honneur que me fait la Société de médecine légale, en m'appelant à diriger ses travaux.

Des médecins célèbres, des avocats éminents, des magistrats distingués, se sont succédé au fauteuil de la présidence, par l'effet de ce roulement heureux qui porte, tour à tour, à notre tête, les représentants des éléments divers concourant à faire de notre Société une institution particulièrement utile.

Je tâcherai de m'inspirer de l'exemple de mes prédécesseurs dans la tâche qui m'incombe, et je vous demande la permission de remplir le premier acte de mes fonctions en adressant au bureau sortant tous mes remerciements.

Vous me reprocheriez de ne pas tout spécialement viser, dans ces remerciements, notre dévoué secrétaire général, qui reste, lui, toujours sur la brèche pour saluer le départ des uns et l'arrivée des autres, perpétuellement jeune et actif, à persuader qu'il n'a d'autre besoin que la nôtre ceux qui ne sauraient pas qu'il montre en cent endroits le même zèle, donnant à tout l'élan et prodiguant à tous les conseils de cette expérience consommée et de ce talent supérieur qu'égale seule sa profonde modestie. (*Applaudissements.*)

M. MOTET répond qu'il n'a pas grand mérite à remplir des fonctions qui lui sont rendues si faciles par la bienveillance de ses collègues.

Il fera, en toute circonstance, son possible pour que la Société conserve toujours son prestige et son autorité.

M. LADREIT DE LA CHARIÈRE remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la vice-présidence.

Commission pour l'examen des candidatures aux deux places de membres titulaires déclarées vacantes.

LE PRÉSIDENT désigne MM. Polaillon, Vibert et Marcel Briand rapporteur, comme membres de cette Commission.

DERMITES PAPILLOMATEUSES SYPHILOIDES

Par le Docteur **Georges Brouardel.**

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

AVEC UNE PLANCHE EN COULEURS.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter l'observation d'un cas de dermite papillomateuse péri-anale, développée sous l'influence de l'incurie et de la saleté, et qui nous a paru digne de vous être rapporté à cause de l'aspect absolument syphilitique des lésions. Les cas de ce genre ne sont pas très fréquents (celui-ci est le troisième, je crois); il m'a semblé intéressant de les réunir dans cette brève étude.

OBSERVATION I (personnelle). — Louis S..., âgé de 19 ans, employé d'office, est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, en avril 1896.

Antécédents héréditaires. — Son père, alcoolique, est mort à 57 ans d'une maladie des poumons. — Sa mère est morte subitement à 40 ans. Elle était très nerveuse, d'un caractère violent, et avait de très fréquentes attaques de nerfs.

Louis S... n'a pas connu ses grands-parents.

Une tante maternelle a un caractère bizarre : elle a de fréquentes attaques de nerfs ; une tante paternelle présente des crises analogues.

Le malade a eu 14 frères et sœurs ; 3 fois sa mère a eu 2 jumeaux. Une des filles, hystérique, est morte à 18 ans ; Louis S... ne sait à quelle affection elle a succombé ; 9 autres enfants sont morts avant l'âge de deux ans. Il reste 4 enfants vivants : une sœur de 28 ans et une de 24 ans, un frère de 33 ans. — Les 2 sœurs ont des attaques de nerfs très fréquentes, survenant à la moindre contrariété ; au dire du malade, la vue de gravures représentant des morts leur donne immédiatement des crises violentes. Le frère n'est pas marié ; il n'est pas nerveux, mais tousse constamment (?).

Antécédents personnels et maladie. — Louis S... a eu dans son enfance des ganglions scrofuleux au cou ; il dit même qu'on lui a ouvert quelques abcès : mais nous ne constatons l'existence d'aucune cicatrice. — Il a eu des convulsions à l'âge de 6 ans, à la suite desquelles serait venu du strabisme dont on l'a opéré, il y a 6 mois.

Un professeur lui aurait appris la pédérastie, tandis qu'il était

à une école de Montlhéry ; depuis, il a toujours été pédéraste passif. Il y prend plaisir : « C'est ma passion ! » nous dit-il avec un cynisme étonnant. Les femmes ne lui inspirent aucun désir ; il n'a jamais pratiqué le coït. « J'aurais honte d'aller avec elles », nous dit-il. Il a des érections fréquentes, et, pendant l'acte de pédérastie, se masturbe ou se fait masturber par celui qui joue le rôle actif.

Louis S... se plaint de son état et nous demande de le guérir ; il n'est pas pédéraste de profession, car il ne tire aucun bénéfice de sa personne ; il l'est « par plaisir ».

Il y a 3 semaines environ, 8 jours après un acte de pédérastie, il a un petit bouton blanc à l'anus ; toute la région marginale est rouge ; il écorche le petit bouton, et presque immédiatement le pourtour de l'anus se couvre de bourgeons végétants qui augmentent peu à peu et atteignent les dimensions actuelles.

État actuel. 21 avril. — Nous constatons des lésions d'herpès sur la verge : autour et en arrière du gland sont 3 petites bulles et une petite ulcération herpétique. Sur la face postérieure du scrotum et autour de l'anus se voient une série d'éléments, rappelant, à s'y méprendre, une éruption de plaques muqueuses. Ces éléments, très bien figurés sur la photographie de M. Méheux, sont douloureux ; le malade ne s'assoit qu'avec peine.

Examen général. — Louis S... a l'aspect féminin ; il a le bassin large, les formes arrondies d'une femme ; ses organes génitaux sont peu développés ; les testicules ont les dimensions de petits œufs de pigeon ; la verge est petite et mince. Le système pileux est très peu développé : aucun vestige de moustache ou de barbe ; un léger duvet seulement sur le pubis. — Il a l'aspect doux et timide ; nous le prenons souvent en flagrant délit de mensonge. — Il se masturbe toute la nuit, nous disent ses voisins.

Il n'a pas de déformation dentaire ; la voûte du palais n'est pas ogivale ; ses oreilles sont bien ourlées, un peu amincies et écartées en avant.

Il n'a aucune lésion appréciable de ses appareils digestif, circulatoire et respiratoire.

Il n'a pas de stigmate d'hystérie ; pas de rétrécissement du champ visuel ou auditif ; pas de troubles des sensibilités générales et spéciales.

Il n'a aucune lésion sur la peau autre que celle que nous avons décrite plus haut ; les paumes des mains et les plantes des pieds sont intactes.

M. le professeur Fournier fait le diagnostic de lésions herpétiques, dont l'aspect est dû à la négligence et à la malpropreté, et

soumet le malade à des lavages fréquents et à des applications de poudre d'oxyde de zinc. — Les lésions s'amendent rapidement, et Louis S... quitte l'hôpital un mois après, entièrement guéri.

Ce fait nous a semblé extrêmement intéressant et pour le clinicien et pour le médecin légiste ; il montre bien en effet combien on aurait tort de diagnostiquer syphilitique une lésion unique, d'après ses seules données objectives, quelque typiques qu'elles apparaissent. Chez notre malade, au premier coup d'œil, et même après un examen attentif, on était tenté de rattacher les troubles cutanés à la syphilis, de par l'ensemble de leurs caractères, et de soumettre le malade au traitement spécifique ; mais, suivant la règle adoptée en pareil cas dans le service de M. le Professeur Fournier, le malade fut mis en observation, et les lésions qu'il présentait soumises à d'uniques soins de propreté ; bientôt nous pûmes constater une amélioration notable ; les lésions disparurent progressivement, tandis que se montrèrent quelques vésicules d'herpès typiques, qui venaient affirmer la nature de la dermite.

Le diagnostic, dans des cas médico-légaux de ce genre, a une importance considérable sur laquelle il est utile d'insister ; aussi nous avons pensé que notre fait serait très important à connaître pour le médecin légiste, cherchant certaines responsabilités d'après des lésions constatées sur des victimes réelles ou non ; nous le joignons aux faits du même genre publiés antérieurement, et qui sont très peu nombreux ; nous n'en avons trouvé en effet que deux ; il nous a paru intéressant d'en donner ici comparativement les observations.

OBSERVATION II (1). — MM. le professeur A. FOURNIER et J. SOCQUET. — *Végétations péri-anales simulant la plaque muqueuse hypertrophique.* — Le jeune L... (Georges) est âgé de 8 ans. Au dire de sa mère, il aurait été victime d'attentats à la pudeur, et cela vers les premiers jours du mois de juin.

(1) Présentation à la Société de médecine légale le 11 avril 1892. La mère de l'enfant dont nous reproduisons l'observation accusait un individu d'avoir commis sur lui des actes de pédérastie et de lui avoir ainsi transmis la syphilis. L'inculpé fut d'ailleurs reconnu indemne de syphilis.

Le 23 septembre, le Dr V..., de Vincennes, dans un certificat joint au dossier, constate que : « Le jeune L... (Georges), âgé de 8 ans, est atteint d'une affection de nature vénérienne, siégeant au pourtour de la marge de l'anus. Cette affection constitue des végétations et a été produite par le contact d'un membre viril, porteur, lui aussi, de végétations de même nature. »

L'enfant L... fut conduit à la consultation gratuite de l'hôpital Troussseau, et on délivra à la mère une ordonnance portant le diagnostic syphilis et le traitement suivant :

1^o Solution d'iode de potassium à 1/20. Une cuillerée à soupe par jour;

2^o Sirop de Gibert, 200 grammes. Deux cuillerées à café par jour, matin et soir.

Examen de l'enfant. — L'enfant L... (Georges), est de taille moyenne pour son âge. — Il est assez bien musclé, mais les cuisses présentent une certaine incurvation rachitique. — Le teint est un peu pâle. — Le tempérament semble lymphatique.

Actuellement, 12 octobre, l'enfant est en bon état de santé. — La seule particularité morbide sur laquelle on appelle notre attention est une lésion située dans la région de l'anus. L'anus est sain, non irrité, bien que malpropre. — Il ne présente rien que d'absolument normal. — Nulle trace de déchirure, nulle cicatrice. Mais la région péri-anale, spécialement dans sa moitié antérieure, est le siège d'une lésion importante, constituée comme il suit :

Une nappe végétante de tissu morbide, semblable à des bourgeons, occupe, en forme de croissant, tout le segment antérieur et une partie du segment latéral gauche de la région péri-anale. Elle mesure environ 6 à 7 centimètres d'une extrémité à l'autre de ce croissant, sur 2 à 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur. — Elle est formée par un tissu végétant, mollasse, rosé, qui fait un relief de 1 à 3 millimètres au-dessus des téguments. Son aspect n'est ni arborescent, ni papilliforme, à la façon des végétations dites en chou-fleur. Elle paraît, au contraire, constituée par un tissu de bourgeons charnus, granuleux, agminés en nappe, et divisés en petits mamelons par une série de sillons fissuraires, la plupart radiés et convergeant vers l'anus. Elle est érosive et suintante sur la plus grande partie de sa surface.

Cette nappe borde l'anus antérieurement, mais sans y pénétrer. — Sa base, explorée avec soin, ne présente sur aucun point d'induration véritable, même circonscrite.

Dans les aines, nous trouvons : 1^o à gauche, un ganglion indolent, mobile, du volume d'une petite olive; et, plus en dehors, deux autres petits ganglions, assez minimes pour ne comporter

aucune signification ; — 2° à droite, ~~un~~ ganglion, moins gros que celui de l'aîne gauche et deux autres petits ganglions.

Examinée dans toute son étendue, la peau se présente partout indemne, à cela près d'une petite macule grisâtre, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, sur la cuisse gauche, et de deux ~~ou~~ trois autres petites macules semblables sur la cuisse droite. Ces lésions nous paraissent sans signification. — En aucun point, nous ne trouvons ni ecchymoses, ni cicatrices, ni vestiges d'un traumatisme.

Intégrité absolue des téguments à la paume des mains et à la plante des pieds. Intégrité du cuir chevelu et des ongles. Les muqueuses buccale et gutturale (lèvres, joues, langue, palais, voile palatin, piliers du voile, amygdales, pharynx) sont absolument saines. Chevelure abondante. — Nulle trace d'alopécie.

Aux narines, léger érythème sub-érosif, relié sans doute à un coryza séreux.

Yeux et oreilles indemnes. Pas d'adénopathie cervicale ; pas d'adénopathie mastoïdienne.

Sur la demande de sa mère, le jeune L... a été interné à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Louis, n° 23), dans le service de l'un de nous. Après son départ, il a été revu par nous, le jeudi de chaque semaine, jusqu'au 17 décembre.

A l'hôpital, il a été soumis à un traitement topique (bains répétés, lotions à la liqueur de Labarraque, coupée d'eau, pansements avec oxyde de zinc et ouate). Nul traitement interne ne lui a été prescrit.

Soumis à cette médication, la lésion péri-anale s'est progressivement modifiée et a guéri en quelques semaines, en même temps que les ganglions inguinaux sont entrés en résolution d'une façon rapide.

Pendant tout son séjour à l'hôpital et au delà, chaque semaine, l'enfant a été soigneusement examiné, et aucune manifestation suspecte ne s'est produite sur lui.

OBSERVATION III. (1). — M. le professeur FOURNIER. — *Syphiloïde papulo-érosive*. — Une fillette de 10 ans nous est amenée ici pour une lésion de la région péri-anale, qu'à première vue nous prenons tous, — moi le premier, — pour une syphilide papulo-érosive. Elle est admise dans nos salles.

Le lendemain, nous examinons l'enfant avec soin, et notre impression objective est encore qu'il s'agit bien d'une syphilide. La lésion, en effet, représente ou semble représenter avec une fidé-

(1) Présentation à la Société de Dermatologie, séance du 8 février 1894.

lité frappante, une syphilide papulo-érosive. Située sur la fesse droite, au voisinage de l'anus, elle est constituée par une nappe papuleuse mesurant 6 à 7 centimètres en hauteur, sur 2 à 3 centimètres transversalement, arciforme d'ensemble, et divisée en plusieurs segments non moins circonscrits de contour, que séparent des fissures ulcéreuses.

Elle est papuleuse, surélevée de 2 à 3 millimètres au-dessus des téguments périphériques. — Elle est rouge dans toute son étendue et d'un rouge sombre, légèrement veineux. — Elle est lisse de surface, non grenue, non papilliforme, non arborescente. — Par places, elle se montre érosive ; sur d'autres points elle est, ou recouverte d'un épiderme sec, ou légèrement desquamative.

Sur la fesse gauche, au pourtour de l'anus, on constate une surface érythémato-érosive de quelques centimètres d'étendue. Érythème vulgaire général, s'étendant aux parties voisines ; malpropreté locale.

Je le répète à dessein, la lésion périnéale offre au plus haut degré, l'aspect d'une syphilide papulo-érosive, et cela de par sa configuration à contour cerclé, de par sa constitution papuleuse, de par son érosion de surface, de par sa couleur rouge sombre, de par sa physionomie générale, etc., et, j'ajouterai encore de par sa localisation sur un siège affecté des syphilides de ce genre.

La fillette en question est-elle donc syphilitique ?

Nous l'examinons minutieusement et longuement, à ce point de vue, sans trouver quoi que ce soit, — au moins dans l'état actuel, — qui légitime ce soupçon.

Nous mandons successivement à l'hôpital la mère de l'enfant (que nous trouvons saine) et sa grand'mère, qui lui sert de garde. Tous les commémoratifs restent muets relativement à la syphilis. Le père même, nous affirme-t-on, a toujours été « très sain », et il est mort d'une blessure accidentelle il y a quelques années.

En revanche, diverses constatations directes et quelques renseignements nous conduisent sur une autre piste diagnostique.

L'enfant, qui est de bonne santé habituelle (pas d'autres maladies antérieures que rougeole et coqueluche), est, on peut dire, une « abandonnée » quant aux soins d'hygiène et de propreté. Elle est sale, sordide, couverte de puces et de poux. Délaissée par sa mère, elle vit chez sa grand'mère, qui est elle-même fort malpropre. Elle n'est jamais ni baignée, ni lavée. Elle exhale incessamment, nous dit sa mère, une odeur répugnante. Depuis sa rougeole, elle est sujette à des écoulements vulvaires ; mais jamais on ne s'en est occupé et on n'a pratiqué à ce propos la moindre

ablution. Quand s'est produite la lésion actuelle ? on n'en sait même rien. Ces derniers temps, l'enfant s'étant plainte plus que de coutume, la grand'mère, enfin, s'est décidée à « regarder », a vu la vulve rouge, enflammée, a constaté la lésion péri-anale pour la première fois et nous a amené la petite malade.

D'après cela, nous nous demandons si la lésion péri-anale et fessière, qui simule à un si haut degré une manifestation de syphilis, ne serait pas purement et simplement une dermite papuleuse dérivant d'irritations locales par leucorrhée et malpropreté chronique.

Après l'examen répété, c'est à ce dernier diagnostic, qu'en définitive nous avons abouti et l'évolution ultérieure nous a donné raison.

D'une part, en effet, l'enfant, depuis que nous l'avons reçue à l'hôpital, n'a jamais présenté le moindre symptôme de syphilis. Et, d'autre part, la lésion locale s'est amendée rapidement, — au point que vous allez la trouver à peu près guérie, — sous l'influence de quelques soins locaux des plus simples (bains ; lotions à la liqueur de Labarraque ; aspersion de poudre d'oxyde de zinc ; isolement par ouate) et sans intervention du moindre agent spécifique.

Examen histologique par J. Darier. — Cet examen a porté sur un morceau de la végétation excisée le 15 janvier dernier qui a été durci par l'alcool. Les coupes, perpendiculaires à la surface, ont été pratiquées dans le sens transversal par rapport au grand axe de la surface végétante.

L'étude des coupes, en allant de la surface vers la profondeur, montre les lésions suivantes :

L'épiderme qui recouvre la végétation est limité extérieurement par une couche onduleuse, coupée d'incisures peu profondes ; il est un peu épaissi et composé de deux couches seulement ; l'une, superficielle, semble cornée, mais les cellules y ont conservé un noyau colorable ; l'autre est le corps muqueux de Malpighi qui serait normal, n'étaient les nombreuses cellules migratrices dont il est infiltré. La couche granuleuse a disparu. Il s'agit en somme d'un épiderme irrité ou en voie de reconstitution encore incomplète.

Du revêtement épidermique on voit partir et plonger dans le derme des prolongements filiformes très longs, qui semblent souvent, sur les coupes, s'anastomoser entre eux, délimitant ainsi de grands espaces, lesquels ne sont autres que des papilles. Celles-ci ont en effet subi un accroissement énorme en longueur et en largeur et ont une direction assez irrégulière.

La lésion principale siège dans les papilles et dans les couches conjonctives sous-jacentes, c'est-à-dire en somme dans la partie supérieure du derme ; elle consiste en une infiltration de ces parties par des cellules rondes en nombre colossal. Ces cellules rondes sont si nombreuses vers la base des papilles et immédiatement au-dessous qu'elles y forment une nappe d'infiltration continue et qu'elles remplacent ou masquent presque complètement la trame conjonctive. Leur abondance diminue vers le sommet des papilles où elles se disposent plus ou moins en séries parallèles, comme les interstices du tissu dans lesquels elles sont logées ; dans les régions profondes du derme, elles remplissent des aréoles séparées par des travées du tissu fibreux normal. Ces cellules rondes ont un noyau, rond également, qui toujours se colore vivement par les réactifs : elles reproduisent absolument le type des cellules embryonnaires. On ne trouve qu'un très petit nombre de points, dans les nappes d'infiltration, où les cellules présentent quelques granulations qui pourraient être l'indice d'une légère tendance à dégénérer. Dans toutes les couches du derme, surtout dans les zones infiltrées, on voit des vaisseaux artériels, veineux et capillaires qui sont dilatés et parfois gorgés de sang, mais dont les parois sont normales.

Un follicule pileux, atteint par les coupes, présente un orifice dilaté, une forme irrégulière, des gaines épithéliales bourgeonnantes et un poil à bulbe plein prêt à tomber. Cette folliculite s'explique étant donné l'état morbide des tissus avoisinants. Les glandes sudoripares ne présentent pas d'altération notable.

Cette excroissance n'est donc pas une végétation (c'est-à-dire un chou-fleur, ou condylome acuminé) enflammée, puisque ces tumeurs sont des papillomes où l'élément épithélial domine, tandis qu'ici l'épiderme reste passif et n'offre que des traces d'irritation secondaire.

Il ne s'agit pas non plus d'une tumeur d'origine conjonctive, telle qu'un sarcome, ni d'un fibrome ou molluscum enflammé, puisqu'on ne trouve en aucun point l'aspect caractéristique de ces néoplasmes. Sans doute il n'est pas impossible qu'un *nævus* quelconque ait préexisté à la reproduction de l'excroissance, mais rien ne le prouve. L'hypothèse d'un mycosis fongoïde pourrait prêter à discussion ; mais je n'ai jamais rencontré dans celui-ci une hypertrophie des papilles aussi importante et diffuse.

On a affaire manifestement, du moins, je le pense, à une production inflammatoire, et la question qui se pose est celle de savoir s'il faut accuser une inflammation spécifique, tuberculeuse ou syphilitique, ou une inflammation simple par irritants ou microbes banaux.

Contre l'hypothèse d'une tuberculose de la peau, on peut invoquer l'absence de toute tendance des éléments embryonnaires à se disposer en follicules, l'absence absolue de cellules géantes, de cellules épithélioïdes, de foyers de dégénérescence vitreuse ou caséuse bien nets, de lésions vasculaires. Il y a toutefois des formes de tuberculose, assez rares à la vérité, où ces caractères font défaut.

Plus difficile encore est le diagnostic anatomique avec une syphilide hypertrophique; la plupart des arguments que je viens d'énoncer contre la tuberculose valent encore ici, et particulièrement : l'absence de toute endopériartérite ou de toute phlébite, et le fait qu'il n'y a ni dégénérescence des éléments nouveaux ni indice de sclérose. On peut se demander s'il est possible qu'une syphilide soit à ce point dépourvue des caractères qui la font reconnaître d'ordinaire.

L'explication des lésions constatées, par l'action d'un irritant chimique ou plutôt microbien d'origine externe, est sans doute plausible. Il faudrait ajouter que la pièce a été excisée à un moment où l'amélioration était déjà cliniquement évidente; la reconstitution d'un épiderme, quoique encore imparfait, l'état d'irritation moindre au sommet des papilles que plus profondément, seraient les indices histologiques de cette marche vers la guérison; mais cette explication a surtout pour elle des arguments d'ordre négatif; on y arrive par exclusion.

Il semble donc plus exact de dire que l'histologie ne fournit pas de données certaines sur la nature de cette lésion; elle permet seulement de conclure à une production inflammatoire sans caractères spécifiques bien nets.

Conclusion. — Il résulte donc de ces faits (1) que de simples lésions inflammatoires herpétiques ou autres, peuvent, aidées par l'incurie, la saleté, l'absence de soins locaux, dégénérer en une lésion végétante papillomateuse, laquelle est suscep-

(1) Le Professeur Landouzy, dans une leçon qu'il fit à la Charité en 1885 (leçon publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 1885, n° 137) décrit des lésions analogues, mais vulvaires : il observa une tuméfaction d'une grande lèvre avec petites érosions d'un rouge vineux sur fond induré simulant des accidents secondaires chez une jeune femme mariée depuis un mois.

Cette femme était sujette à l'herpès et, pour l'auteur, les lésions qu'elle présentait étaient dues à des vésicules d'herpès modifiées par les premiers coïts et par leur siège. Quelques soins de propreté, en effet, suffirent à produire la guérison rapidement.

tible d'affecter une analogie, voire une identité absolue des caractères objectifs, avec les syphilides papulo-érosives.

LE PRÉSIDENT remercie M. G. Brouardel et lui remet la médaille d'argent que la Société est toujours heureuse d'offrir aux savants qui veulent bien lui apporter d'intéressantes communications.

M. VIBERT. — Il est possible qu'il n'y ait dans la littérature médicale que deux cas de lésions herpétiques simulant la syphilis, mais les cas, observés aujourd'hui, sont assez nombreux : grâce à M. Fournier, la confusion est de moins en moins facile.

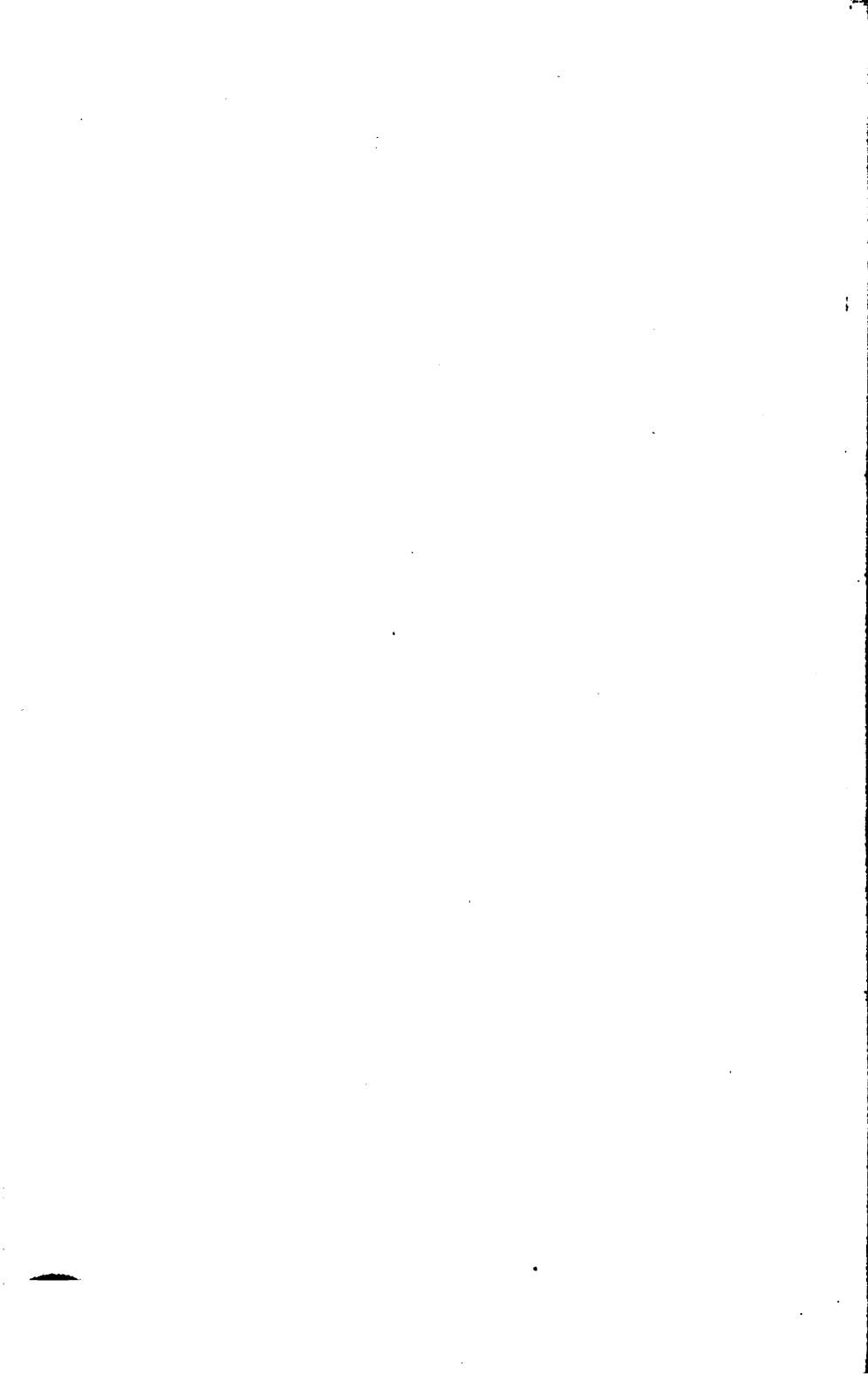
M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la note suivante adressée par M. Dufour, de Marseille :



IMP. MONRODÉ, 8 PARIS.

DERMITE PAPILLOMATEUSE SYPHILOÏDE

(d'après l'aquat. photog. de F. MEHRUX.)



MODE SINGULIER DE PENDAISON

Par le D^r **Dufour**,

Médecin expert près le parquet de Marseille.

La technique qu'emploient les individus qui se débarrassent de la vie par la pendaison est presque invariablement la même : un lien formant un nœud coulant autour du cou, et dont l'extrémité est fixée à un objet quelconque plus ou moins élevé au-dessus du sol (clou, espagnolette, etc.). Il nous a été cependant donné de constater un suicide par pendaison dans des circonstances bien différentes et qui méritent d'être signalées.

Au mois de juillet dernier, nous sommes appelé à examiner le cadavre du nommé G..., âgé de quarante-deux ans, habitant une maisonnette isolée de la traverse Gantès, quartier des Chartreux.

Le cadavre, en plein état de putréfaction, est suspendu au centre d'une pièce carrée, par le milieu d'une corde dont les extrémités sont fixées à des clous sur les parois latérales (fig. 1).

La corde fait deux fois le tour du cou, et est fortement tendue par le poids du corps dont les pieds affleurent le sol.

Une chaise git renversée sur le plancher à quelques centimètres des pieds.

Le cadavre ne porte pas de traces de blessures; la langue tuméfiée pend hors de la bouche, la rigidité cadavérique a cessé.

La position singulière de ce pendu a fortement intrigué le magistrat chargé de procéder aux constatations, et cependant notre examen ne nous laisse aucun doute; il s'agit bien d'un suicide, et il est facile de reconstituer la scène.

G... a fixé la corde aux parois latérales et parallèles de

l'appartement, de telle sorte que son centre décrivit une anse très prononcée.

Il est monté ensuite sur une chaise et, relevant l'anse, a enroulé la corde deux fois autour du cou jusqu'à ce qu'elle fût tendue ; puis, faisant basculer la chaise d'un coup de pied, il est brusquement tombé dans le vide, les pieds affleurant à peine le plancher.

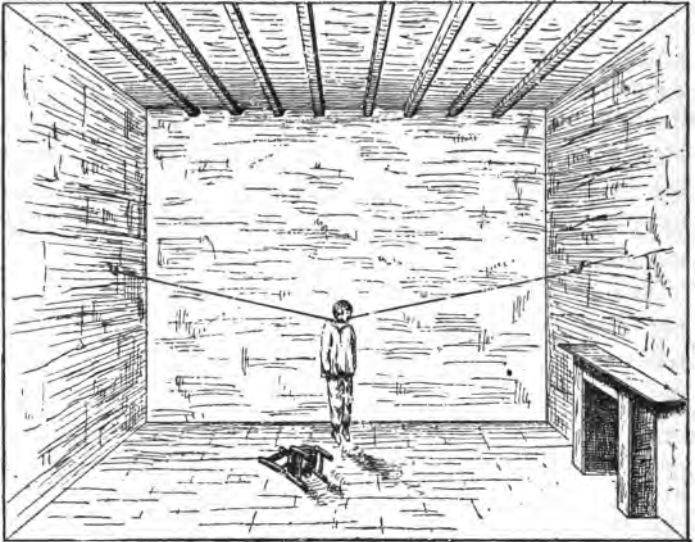


Fig. 1. — Mode singulier de pendaison.

Sous l'influence de la tension soudaine de la corde par le poids du corps, l'arrêt de la circulation dans les vaisseaux du cou a dû être plus rapide que dans les cas où la corde forme un nœud coulant, et par suite la perte de connaissance a dû être instantanée.

Nous avons recherché dans les Traités de médecine légale s'il existait des exemples de modes de suicide par pendaison analogues à ce dernier ; nous n'en avons pas rencontré, et c'est ce qui nous a déterminé à publier cette curieuse observation.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, pensant qu'il pouvait s'agir d'un suicide d'aliéné, a demandé à M. le Dr Dufour quelques renseignements complémentaires. M. le Dr Dufour ne connaissait pas l'individu dont il a été appelé à constater le suicide, et les renseignements qui lui ont été fournis par les voisins ne permettent pas plus d'affirmer que de nier l'existence d'un trouble mental. X... vivait seul dans une petite maison isolée, avec un jardin; il ne recevait personne, et sa conduite très correcte, sans excentricités, n'avait jamais éveillé l'attention de personne. Il n'avait jamais manifesté d'idées de suicide.

M. BRIAND. — Dans le cas de M. Dufour le sujet avait probablement fait usage d'une chaise; je connais deux cas du même genre et plus caractéristiques encore, s'il est possible. Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille qui, sous les yeux du personnel de l'asile où elle était soignée, avait pris l'habitude de venir s'appuyer le menton et les bras sur l'anse flottante d'un fil de fer modérément tendu entre deux murs pour faire sécher du linge. Un jour, à l'heure du déjeuner, l'infirmière, qui la surveillait, ne la voyant pas se rendre à table, s'approcha d'elle et la trouva morte. Elle s'était enroulé le fil de fer autour du cou et avait repris l'attitude accoudée qui lui était familière. Le poids du corps avait suffi à déterminer la strangulation et la mort était survenue sous les yeux de l'infirmière sans que celle-ci s'en fût aperçue.

Vous connaissez la polémique qui a suivi la mort du prince de Condé, trouvé pendu à l'espagnolette de sa fenêtre, les pieds reposant à terre. S'agissait-il d'un suicide réel ou d'un homicide suivi de la simulation de suicide? Le suicide est bien probable. J'ai, en effet, constaté un suicide analogue chez un aliéné qui s'était pendu à la tête d'un lit bas qui s'élevait à peine de 80 centimètres au-dessus du sol. Cet individu s'était couché à terre, parallèlement à son lit, le siège reposant complètement sur le parquet. Le poids de la tête et du tronc avait donc pu déterminer l'asphyxie par la pression de la corde à nœud coulant dont le malade s'était entouré le cou.

M. GARNIER. — Il y a cinq ou six jours, une mélancolique s'est suicidée à l'infirmerie du Dépôt, dans un intervalle de quatre ou cinq minutes et presque sous nos yeux.

Elle s'est étranglée comme le malade de M. Briand qui s'accrochait à la tête de son lit. La respiration artificielle et la traction rythmée de la langue furent sans effet. Nous ne pûmes constater l'existence d'aucun sillon autour du cou. L'absence de ce signe caractéristique a beaucoup frappé le commissaire de police, qui ne croyait pas au suicide.

Si l'accident s'était passé ailleurs et qu'on eût pu suspecter les intentions de l'entourage, il en serait résulté une enquête médico-légale fort difficile à conduire et dont les conclusions auraient peut-être été douteuses; c'est pourquoi j'ai cru bon d'indiquer ce fait à côté de celui rapporté par MM. Dufour et Briand.

Syphilis chez un enfant qui a communiqué sa maladie à sa nourrice.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne connaissance de l'arrêt suivant (1) rendu par la Cour d'appel de Paris (4^e ch.), présidence de M. Dupont, audience du 27 novembre 1896.

RESPONSABILITÉ. — ENFANT PLACÉ EN NOURRICE. — SYPHILIS. — MANIFESTATION POSTÉRIEURE. — PARENTS INDEMNES. — DEMANDE EN DOMMAGES-INTÉRÊTS. — REJET.

Si le fait par une personne atteinte de la syphilis de placer son enfant en nourrice, pour être élevé au sein, peut constituer de sa part une faute susceptible d'engager sa responsabilité, il n'en est pas de même lorsqu'il est constaté, d'une part, que l'enfant ne paraissait, lors de sa naissance, atteint d'aucune affection contagieuse, que la syphilis, d'ordre héréditaire, ne s'est manifestée que quelques semaines plus tard et qu'il a alors communiqué cette maladie à sa nourrice, d'autre part, que ni le père et la mère ne présentent aucun accident actuel de syphilis ni vestige d'accidents syphilitiques antérieurs.

Dans ces conditions, l'impossibilité de spécifier celui du père ou de la mère qui aurait transmis à l'enfant la maladie en question et d'établir à la charge de l'un d'eux une faute personnelle, doit avoir pour conséquence le rejet de la demande en dommages-intérêts formée contre eux.

Ainsi jugé, sur appel d'un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine, le 27 novembre 1896, M^{rs} Georges Durant et Félicien Paris ayant été entendus en leurs plaidoiries, et sur les conclusions de M. Mérillon, avocat général :

« La Cour,

» Considérant que du rapport du docteur commis, il résulte que le jeune B... ne paraissait, lors de sa naissance, atteint d'aucune affection contagieuse;

» Que la syphilis, d'ordre héréditaire, ne s'est manifestée chez l'enfant que quelques semaines plus tard et qu'il a communiqué cette maladie à la femme G..., sa nourrice;

(1) Journal le Droit, lundi et mardi 22 décembre 1896.

» Considérant que, sans doute, le fait par une personne atteinte de la syphilis de placer son enfant en nourrice, pour être élevé au sein, peut constituer de sa part une faute susceptible d'engager sa responsabilité;

» Mais considérant que l'examen pratiqué par l'expert sur B... et sur sa femme ne lui a révélé sur aucun d'eux, ni accident actuel de syphilis, ni vestige d'accidents syphilitiques antérieurs;

» Que dans ces conditions, l'expert n'a pu spécifier celui du père ou de la mère qui aurait transmis à l'enfant la maladie dont s'agit, et qu'à défaut par G... de faire cette preuve et d'établir à la charge de l'un des défendeurs une faute personnelle, il doit succomber dans sa demande;

» Par ces motifs;

» Met l'appellation à néant;

» Déclare G... ès qualité qu'il agit, mal fondé dans ses demandes, fins et conclusions; l'en déboute;

» Confirme le jugement rendu par le tribunal civil de la Seine le 9 novembre 1896;

» Ordonne qu'il sortira son plein et entier effet, et condamne G... ès qualités à l'amende et aux dépens. »

LE PRÉSIDENT. — L'appelant était des plus intéressants; il avait reçu la syphilis de sa femme qui est morte de chagrin. Son propre enfant qui avait contracté la maladie est mort aussi de la syphilis. Le tribunal n'a pu donner gain de cause au mari de la nourrice, car les débats n'ont pu établir si c'était le père ou la mère de l'enfant confié à la nourrice qui avait eu la syphilis.

M. CHARPENTIER. — Nous savons tous que les enfants des syphilitiques peuvent n'avoir aucune trace de syphilis pendant les premiers mois; néanmoins, il y a eu faute des parents qui l'ont mis en nourrice.

LE PRÉSIDENT. — Le jugement ne pouvait condamner les parents sans savoir lequel était syphilitique et par conséquent responsable.

M. CONSTANS croit que la communauté devait être solidairement responsable, comme elle l'aurait été si l'enfant avait crevé d'un coup de pierre l'œil d'un passant. Abstraction faite de l'espèce, ajoute-t-il, la Société peut-elle admettre que lorsqu'un enfant aura été atteint de syphilis héréditaire, il la communiquera sans engager la responsabilité de ses parents?

LE PRÉSIDENT. — L'expert M. Fournier pense que la syphilis pouvait même provenir des grands-parents à l'insu des père et mère de l'enfant: je prie la Société de mettre la question à l'ordre du jour et de prendre le rapport de M. Fournier comme point de départ de la discussion.

M. CHRISTIAN. — A-t-il été démontré que les parents avaient eu la syphilis ?

LE PRÉSIDENT. — Non ; les parents étaient en apparence, au moins indemnes.

M. CHRISTIAN. — Peut-être que l'enfant avait contracté sa maladie accidentellement ailleurs que dans l'hérédité ?

La séance est levée à 6 heures.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1897.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Dans la correspondance imprimée se trouve un mémoire ayant pour titre : *L'affaire de Malaunay (une erreur judiciaire). Instruction, expertise et contre-expertise*, par MM. Renard et Pennetier : les auteurs font hommage de leur mémoire à la Société.

M. le D^r BRIAND, au nom de la commission chargée d'examiner les titres des candidats aux deux places vacantes dans la section de médecine, lit un rapport proposant au choix de la Société MM. les D^{rs} PICQUÉ et THOINOT.

Suivant le règlement le vote aura lieu à la prochaine séance.

M. le secrétaire général communique le rapport de M. le professeur FOURNIER sur un cas de *syphilis communiquée par un nourrisson à sa nourrice*.

CAS DE SYPHILIS

COMMUNIQUÉE PAR UN NOURRISSON A SA NOURRICE

Par M. le professeur **Fournier**.

Je soussigné, Dr Fournier (Jean-Alfred), médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine ;

Commis par arrêt de la cour d'appel de Paris (4^e chambre), en date du 6 février 1896, dans l'affaire X...-Y..., à l'effet de :

« Procéder, au point de vue de la syphilis, à l'examen des époux X... et de leur enfant, des époux Y... et de leur petite fille.

« Rechercher : Si l'affection syphilitique constatée sur la femme X... provient du jeune Y... ;

« Quelle en peut être l'origine chez cet enfant ;

« Si au moment où ils confiaient leur enfant à la femme X..., les époux Y... savaient qu'il pouvait communiquer cette maladie à sa nourrice ;

« Faire aussi connaître quelles ont été et quelles peuvent être, à l'avenir, pour les époux X... et leur enfant, les conséquences de la maladie dont il s'agit. »

Déclare avoir procédé, le 4 juin 1896, à l'examen des époux Y... et de leur petite fille, et à l'examen du sieur X... (la femme de ce dernier se serait suicidée, me dit-on, en 1894, et son enfant serait morte en juillet 1893) ;

Déclare, en outre, avoir pris connaissance exacte de toutes les pièces annexées au dossier qui m'a été remis, pièces auxquelles j'ai ajouté une lettre qui m'a été adressée par M. le Dr C... (de Vic-sur-Aisne) en date du 19 juin 1896 ;

Et, d'après cet ensemble de documents, être conduit à présenter à la Cour les réponses suivantes aux diverses questions qui m'ont été posées :

I. *Points de fait.* — Il faut considérer comme avérés les faits suivants :

1° L'enfant M. Y..., qui a été confié comme nourrisson à la femme X... le 30 juillet 1891, a été affecté de multiples accidents de syphilis sur lesquels j'aurai bientôt à revenir, et est mort, en état de cachexie, le 22 décembre de la même année.

2° La femme X... a été affectée (vers les premiers jours d'octobre environ) d'un chancre induré du sein droit, chancre qui a été suivi, dans les mois suivants, de divers accidents d'ordre syphilitique.

3° L'enfant X..., que sa mère allaitait du sein gauche pendant qu'elle allaitait le nourrisson Y... du sein droit, a été affectée (vers octobre) de divers accidents syphilitiques, notamment aux lèvres, dans la bouche et à la vulve. — Elle a été traitée à l'aide « de la même liqueur » qui servait au traitement de l'enfant Y.... — Elle a succombé le 2 juillet 1893.

4° Enfin, le sieur X... a été affecté (dans les premiers mois de 1892, dit-il) d'un chancre induré du prépuce, bientôt suivi de divers accidents de syphilis secondaire. Il affirme ne pouvoir tenir cette contagion que de sa femme, « n'ayant eu aucun rapport sexuel en dehors de son ménage ».

L'authenticité de l'infection syphilitique chez ces quatre sujets ne saurait donner lieu à contestation. Elle ressort des pièces qui composent le dossier, notamment des certificats et des lettres du D^r C.... De plus, elle ressort aussi, en ce qui concerne le sieur X..., de mon examen du 4 juin dernier. Et, en effet, j'ai constaté sur lui, à cette date, divers symptômes des plus manifestes de la syphilis constitutionnelle, sous forme de syphilides ulcéreuses du fourreau de la verge et du gland, et d'une syphilide de même forme sur le scrotum.

Inutile d'ajouter que, d'ailleurs, ces quatre faits se confirment les uns les autres, en se servant de contrôle réciproque pour le diagnostic de la syphilis dans chacun de ces cas.

II. *Discussion.* — Je suivrai, pour la discussion qui va suivre, l'ordre des questions posées par la Cour, à savoir :

Premier point : *L'affection syphilitique constatée sur la femme X... provient-elle du jeune Y...?*

Réponse affirmative, ressortant des considérations suivantes :

Examinée médicalement le 28 juillet 1891, la femme X... est reconnue saine.

En octobre, cette femme est affectée d'un chancre induré du sein, accident originel de contamination syphilitique.

Or, de juillet à octobre, cette femme n'a pas cessé de donner le sein à l'enfant Y..., affecté à ce moment de toute une série d'accidents syphilitiques éminemment contagieux, notamment de lésions labiales, de « petites cloches aux lèvres », de « crevasses aux lèvres », de « fissures labiales ». Le seul rapprochement de ces faits et de ces dates suffit à juger la question qui m'est posée. Car :

1° Il y a certitude, certitude absolue, que la femme X..., alors qu'elle donnait le sein à l'enfant Y..., a été exposée, du fait de l'état d'infection de cet enfant, à tous les risques d'une contamination syphilitique.

2° Si, donc, cette femme a été contaminée à ce moment, le bon sens dit qu'elle a dû recevoir la contagion de l'enfant Y...

Il n'est qu'un moyen d'échapper à cette conclusion. C'est de supposer qu'au moment où elle allaitait cet enfant la femme X... ait pu recevoir la contagion d'une autre origine, à savoir, par exemple, soit d'un autre nourrisson syphilitique auquel elle aurait donné le sein, soit même d'un sujet adulte syphilitique qui lui aurait embrassé le sein.

Mais, alors même qu'un soupçon de cet ordre serait produit, la possibilité d'une infection dérivant pour la femme X... de l'enfant Y... n'en subsisterait pas moins, puisqu'à cette époque cet enfant se trouvait dans les conditions les mieux faites pour infecter sa nourrice.

D'ailleurs, ce soupçon n'a pas été produit. On n'en retrouve pas traces dans les pièces du dossier, et il n'a même

pas été allégué par les époux Y... dans l'entretien que j'ai eu avec eux.

Donc, exclusion faite de cette objection (la seule possible en l'espèce), le fait de l'infection de la femme X... reste uniquement imputable à l'enfant Y....

Second point : « *Quelle a pu être l'origine de l'infection syphilitique sur le jeune Y... ?* »

Deux alternatives (et rien que deux, une troisième n'étant pas possible) se présentent en l'espèce :

La syphilis du jeune Y... a été d'ordre *acquis* ou d'ordre *héréditaire*.

Or :

1° Pouvons-nous la supposer d'ordre acquis, c'est-à-dire résultant d'une contagion postérieure à la naissance ? *Non*. — D'abord, aucun document de l'enquête ne nous y autorise. — D'autre part, le propre d'une syphilis acquise, c'est de débiter par un accident spécial, très spécial, à savoir un *chancre*, escorté d'un bubon satellite; chancre qui, pour six à sept semaines, reste la manifestation unique de la maladie, puis qui, à cette échéance, est suivi de ce qu'on appelle l'explosion secondaire. Or, rien de semblable à cela, comme symptômes et comme évolution morbide, n'a été observé sur le jeune Y... ;

2° Tout au contraire, la qualité *héréditaire* de la syphilis du jeune Y... ressort de tout un ensemble des plus probants, à savoir :

A. — Absence de tout accident qui puisse éveiller le soupçon d'un chancre.

B. — Nature manifestement secondaire de tous les accidents relevés sur l'enfant Y..., notamment des deux suivants qui sont presque caractéristiques de l'hérédo-syphilis, à savoir :

1° Le *coryza*, l'obstruction nasale, symptôme signalé à la fois et par le Dr C... et par une lettre de la femme X...; symptôme usuel chez les enfants affectés de syphilis héré-

taire, et, tout au contraire, absolument exceptionnel chez les enfants affectés de syphilis acquise;

2° Le « *facies caractéristique* » de la syphilis héréditaire, symptôme expressément signalé par le D^r C... dans sa lettre du 19 juin;

C. — Et, finalement, attestations répétées du D^r C..., qui qualifie l'ensemble des symptômes observés sur l'enfant Y... des noms de « syphilis *héréditaire* précoce », de « syphilis héréditaire très nette ». Quel droit aurions-nous, nous qui n'avons rien vu, de contester l'impression d'un témoin oculaire de cette scène morbide?

Somme toute, il me paraît impossible de ne pas conclure à la qualité *héréditaire* de la syphilis du jeune Y...

Ici, à la vérité, surgit une objection. Les époux Y... protestent contre le soupçon que la maladie de leur enfant fait rejaillir sur eux. « Ils n'ont pas eu la syphilis », affirment-ils; et, pour se décharger dudit soupçon, ils produisent divers certificats annexés au dossier. Je dois dire également que l'examen pratiqué par moi sur le sieur Y..., sur sa femme et sur son troisième enfant, ne m'a révélé sur aucun d'eux ni accidents actuels de syphilis, ni vestiges d'accidents syphilitiques antérieurs.

Mais voyons ce que valent ces constatations négatives.

Pour cela, analysons les pièces. Le certificat n° 6 nous apprend que l'enfant Y... (celui qui a été confié comme nourrisson à la femme X...) ne paraissait, lors de sa naissance, atteint d'aucune affection contagieuse. — Les certificats n° 3 et n° 2 nous apprennent que le second enfant Y... était indemne de symptômes syphilitiques à l'âge de dix jours, et au cours de la maladie qui l'a emporté. — Le certificat n° 1 constate que le troisième enfant Y... ne présente aucune trace apparente de syphilis acquise ou héréditaire. — Enfin, les certificats n° 4 et 5, plus importants en ce qui nous touche, témoignent que les époux Y... ne présentent aucun symptôme syphilitique actuel; ce à quoi le certificat n° 1 ajoute qu'aucun symptôme de cet ordre n'a été remar-

qué sur eux par le médecin (D^r S...) qui les traite depuis trois ans.

Mais — qu'on remarque bien ceci — quelle signification peuvent comporter ces certificats attestant l'état de bonne santé actuelle des époux Y..., voire de l'absence sur eux d'accidents spécifiques depuis trois ans, alors qu'il s'agit d'une *hérédité remontant à 90* (puisque l'enfant de M. Y..., né le 29 juillet 1891, a été conçu vers la fin d'octobre 90)? Ce n'est pas l'état de santé *actuel* des époux Y... qui se trouve en cause pour la question d'hérédité que nous discutons ; c'est leur état de santé *en 90 et avant 90*. Or, toute constatation de cet état de santé *antérieure* à la naissance de l'enfant M. Y... nous fait défaut.

J'ajouterai : Les époux Y.... ou tout au moins l'un des époux Y... (un seul géniteur infecté suffisant à l'infection de l'enfant) pourraient fort bien avoir été affectés de syphilis en 90 ou auparavant, sans présenter aujourd'hui ou depuis trois ans le moindre symptôme, le moindre vestige de syphilis.

Et, en effet, la syphilis n'est pas une 'maladie permanente, toujours en évolution de symptômes apparents, non plus qu'une maladie qui laisse toujours des traces de son passage.

Donc, au total, l'état d'immunité *actuelle* constaté sur les époux Y... par les divers certificats sus-énoncés, comme aussi par mon examen du 4 juin dernier, ne constitue en rien une objection contre la nature *héréditaire* de la syphilis constatée sur l'enfant M. Y...

Troisième point : *Rechercher si, au moment où ils confiaient leur enfant à la femme X..., les époux Y... savaient qu'il pouvait communiquer cette maladie (l'affection syphilitique) à sa nourrice.*

Les époux Y..., me semble-t-il, auraient *seuls* qualité pour répondre à la question ainsi formulée. Pour ma part, voici seulement ce que j'en puis dire :

De deux choses l'une : Ou bien les époux Y..., au moment où ils confiaient leur enfant à la femme X..., savaient que cet enfant pouvait communiquer la maladie syphilitique à la nourrice ; et, dans ce cas, inutile de spécifier la faute qu'ils ont commise ; — ou bien ils ne savaient pas que leur enfant était en état de communiquer cette maladie à sa nourrice ; mais, dans ce cas, ils ont commis la faute *de l'ignorer*. — Je m'explique.

De ce qui précède il résulte que, bien certainement, l'enfant Y... a été affecté d'une syphilis héréditaire. Cette syphilis, donc, provenait de ses géniteurs. — Cela posé, les époux Y... pouvaient-ils savoir que la syphilis, dont l'un d'eux au moins était atteint, était susceptible de se transmettre héréditairement à leur enfant et de devenir un danger pour sa nourrice ? Oui, très certainement. Car, s'ils avaient eu la précaution de se renseigner à ce sujet près d'un médecin, ils auraient appris de lui : 1° Que la syphilis des parents peut se transmettre aux enfants ; — 2° que la syphilis héréditaire peut ne pas être apparente au moment de la naissance, et que tout au contraire, comme règle habituelle, elle attend plusieurs semaines, voire plusieurs mois quelquefois, avant de se révéler par des accidents formels ; — 3° qu'en conséquence l'état d'immunité apparente de leur enfant au moment de sa naissance (immunité d'ailleurs constatée par le Dr O...) ne constituait en rien une garantie pour la nourrice à laquelle ils allaient le confier.

Donc, en négligeant de s'éclairer sur les conséquences de leur état par rapport aux risques héréditaires de leur enfant et aux risques qui en dérivait pour sa nourrice, les époux Y... n'ont-ils pas manqué à la prudence que les circonstances leur commandaient, et n'ont-ils pas commis une faute de nature à engager leur responsabilité ? C'est là une question qu'il appartient à la Cour, et non au médecin expert, de décider.

D'autre part, au moment où les premiers symptômes de la syphilis se sont manifestés sur leur enfant, les époux Y... ont-ils été instruits du danger que l'état de maladie dudit

enfant faisait courir à la nourrice X...? Interrogés par moi à ce sujet, ils m'ont répondu « qu'on ne leur avait jamais dit que leur enfant avait la syphilis ». — Mais le sieur X... leur a opposé sur ce point, en ma présence, un démenti absolu. — Et, de son côté, le Dr C... est très formel sur ce même point, comme on en jugera par le passage suivant de sa lettre du 19 juin 1896 : « Je fis prévenir (ou prévins par moi-même, de cela je ne suis plus certain) le père du nourrisson, M. Y..., de ce qui se passait, et lui dis nettement la vérité lors de sa visite chez moi. »

Quatrième point : *Faire aussi connaître quelles ont été et quelles peuvent être à l'avenir, pour les époux X... et leur enfant, les conséquences de la maladie dont il s'agit.*

1° L'enfant X... est morte le 2 juillet 1883. — Elle aurait succombé en trois jours, m'a dit son père, à « une méningite avec bronchite » (?).

2° La femme X... s'est suicidée en 1894. — D'après le dire de son mari, elle aurait toujours été « singulière ». Mais, surtout, elle aurait été, ajoute-t-il « bouleversée par sa maladie, dont elle avait pris grand chagrin, et par la mort de son enfant. C'est tout cela qui lui aurait troublé la tête, dérangé le cerveau, et qui l'aurait incitée à se tuer. »

La syphilis a-t-elle eu, ou non, quelque part à ce double décès?

Il est absolument impossible, vu l'absence de renseignements et de documents médicaux, d'exprimer une opinion à ce sujet.

3° Quant au mari, il présentait encore, à la date du 4 juin dernier, divers accidents de syphilis que j'ai signalés précédemment. — Quelles pourront être pour lui les conséquences de cette maladie?

Je n'en puis rien préjuger en particulier, et je dois m'en tenir sur ce point à des termes généraux, en disant : Que la syphilis est une maladie essentiellement persistante et chronique, à éventualités multiples impossibles à prévoir, susceptible (alors surtout qu'elle est traitée et longuement traitée)

de rester silencieuse et inoffensive, mais susceptible aussi d'aboutir après de très longues années, voire en dépit du traitement le plus rationnel, à des manifestations de tout siège, de tout ordre et de toute gravité.

M. CONSTANT. — Il a été bien établi que la syphilis du nourrisson était héréditaire; donc elle venait forcément de ses parents; par suite comment admettre que ceux-ci n'étaient pas responsables du préjudice si grave causé à la nourrice, à son propre enfant, à son mari, préjudice qui a consisté dans le suicide de la première, la mort du second, l'infection du troisième avec tous les risques éloignés qu'elle comporte? Je ne discute pas l'arrêt en lui-même, en tant qu'espèce, mais bien la question juridique générale que ce fait particulier soulève. Si cette jurisprudence s'établit, en pareil cas, les géniteurs d'un enfant atteint de syphilis constitutionnelle se tireront toujours d'affaire du moment qu'il sera établi que l'enfant ne présentait aucune lésion apparente au moment de sa mise en nourrice et qu'on n'a pu trouver sur eux-mêmes aucune trace de syphilis. Or le rapport de l'expert, M. Fournier, dit que les deux choses sont sans valeur démonstrative, la première étant la règle dans l'hérédo-syphilis et la seconde ne prouvant pas du tout qu'il n'y a pas eu syphilis antérieurement. Dans ces conditions je ne comprends pas que les parents aient pu être déchargés de toute responsabilité; ils ont été en effet, si je puis dire, le véhicule de la syphilis. Quand on a eu la syphilis on ne peut pas l'oublier. Les parents savaient qu'ils avaient eu la syphilis, ils ne devaient pas mettre leur enfant en nourrice; ils devaient se renseigner auprès d'un médecin des dangers qu'il pouvait y avoir pour la nourrice.

M. JACOMY. — La Cour ne pouvait rendre un autre arrêt: en effet, en l'absence de tout accident chez les parents, elle ne pouvait savoir si la syphilis était le fait de la mère ou celui du père, et par conséquent lequel des deux était responsable.

M. CONSTANT. — L'arrêt accepte les conclusions du rapport médical: Il y a syphilis héréditaire. Eh bien, quand il y a syphilis héréditaire chez l'enfant, il faut forcément qu'elle vienne des parents. La logique exigeait donc que les parents fussent déclarés responsables, tout au moins le père comme chef de la communauté.

M. CHARPENTIER. — La syphilis de l'enfant peut parfaitement n'être le fait ni du père ni de la mère, dans le cas par exemple de ce qu'on a appelé *grossesse collatérale*. Il y a quelques mois j'ai

été appelé à donner mes soins à une jeune femme enceinte; elle m'avoua que la grossesse n'était pas l'œuvre de son mari et que son collaborateur était atteint de syphilis. Les choses se sont heureusement passées pour le mieux : l'enfant n'est pas syphilitique; mais il aurait pu l'être sans que pourtant ni son père ni sa mère aient été atteints de syphilis. Serait-il juste de rendre le père responsable d'une syphilis communiquée par son fils dans ces conditions?

M. SOCQUET. — On ne peut pourtant pas conclure qu'un enfant, né syphilitique dans ces conditions, a le droit de communiquer la syphilis.

M. CONSTANT. — L'avocat des défenseurs a précisément produit cet argument : mais si la syphilis de l'enfant contaminateur provenait d'un tiers, étranger au ménage, condamneriez-vous le père? A cela je répondrai que c'est le cas ou jamais d'appliquer le : *Is pater est quem nuptiæ demonstrant*.

M. le professeur POUCHET lit un travail ayant pour titre : *Bactériologie appliquée à la médecine légale, Intoxication par des viandes avariées*.

BACTÉRIOLOGIE APPLIQUÉE A LA MÉDECINE LÉGALE

Par **G. Pouchet**,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au cours de l'année 1893, une épidémie d'allures assez sévères affectait plusieurs communes d'un département du Nord. Un cas de mort, une cinquantaine (et même probablement plus) de malades attirèrent plus particulièrement l'attention sur une région qui fut l'objet, de la part du médecin des épidémies, d'une enquête très sérieuse et fort longue, enquête qui aboutit à incriminer de la viande de porc comme origine des manifestations morbides qui avaient attiré l'attention.

Des fragments de viande suspecte furent saisis et me furent adressés en même temps que des déjections d'individus malades ; et c'est à la suite de l'examen de ces produits, tant au point de vue toxicologique, qu'au point de vue bactériologique, que je fus amené à rédiger le rapport suivant que je crois devoir reproduire à peu près en entier, en raison, tant de l'importance du sujet au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale, que de la netteté et de la certitude des résultats obtenus.

C'est en effet la première fois, à ma connaissance du moins, que la bactériologie intervient utilement et efficacement pour la solution d'une question de médecine légale ; et il me paraît probable que ce fait ne sera pas isolé. Il permettra même d'appeler l'attention sur des faits de même nature qui sont, en général, plus ou moins négligés ; et il montrera que l'on peut espérer, au moins dans certains cas, arriver à une connaissance exacte de la cause et de la nature de ces accidents englobés depuis quelques années sous l'appellation vague de *botulisme*.

C'est à vrai dire une étude qui intéresse au moins autant l'hygiène que la médecine légale. On pourra remarquer, en effet, combien malgré la persistance d'accidents graves chez certains animaux, les prescriptions les plus élémentaires du décret du 28 juillet 1888 qui classe la pneumo-entérite du porc parmi les maladies contagieuses et entraîne par conséquent la destruction efficace des animaux atteints, combien, dis-je, ces prescriptions ont été négligées par tous ceux qui avaient charge de les faire exécuter, et comment leur inexécution a permis la dissémination et la durée d'une affection contagieuse que quelques mesures de rigueur pouvaient arrêter à son début.

Bien qu'il y ait quelques discordances de dates, sans doute aussi quelques souvenirs inexacts, parmi les documents qui m'ont été communiqués à titre de renseignements, j'ai cru néanmoins devoir les faire figurer et les utiliser dans mon rapport, car ils ont, au point de vue de l'hygiène, une importance considérable, en montrant jusqu'à quel point toutes recherches et toutes études attentives avaient été négligées au début de l'apparition des accidents qui ne pouvaient être ignorés des autorités locales. Il n'a fallu rien moins que l'explosion d'une véritable épidémie à allures graves et vers l'époque la plus chaude de l'année, pour que l'autorité supérieure fût informée et prescrivit les enquêtes qui ont abouti aux faits démontrés par les dépositions et les recherches consignées dans le rapport suivant :

Nous soussigné :

A.-Gabriel Pouchet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, directeur du Laboratoire du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Commis par deux ordonnances de M. Lascoux, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, en date des 6 et 7 août 1893, ainsi conçues :

Nous, A. Lascoux, etc., commettons M. le Dr Pouchet pour procéder aux opérations demandées par la commission rogatoire

de notre collègue de B..., en date du 3 courant. — Paris, le 6 août 1895.

Nous, A. Lascoux, etc., mettons M. le Dr Pouchet pour procéder aux opérations demandées par la commission rogatoire de notre collègue de B..., en date du 6 courant. — Paris, le 7 août 1895.

Serment préalablement prêté, avons procédé, ainsi qu'il est dit dans la suite de ce rapport, aux constatations et recherches qui nous étaient demandées.

Commission rogatoire. — Nous, A..., juge faisant fonctions de juge d'instruction près le tribunal de première instance de B....

Vu la procédure instruite contre Z..., charcutier à D..., inculpé de vente et mise en vente de denrées alimentaires corrompues et détention sans motifs légitimes, dans son magasin, desdites denrées alimentaires,

Vu les articles 83 et suivants du Code d'instruction criminelle,

Commettons rogatoirement l'un de MM. les juges d'instruction près le tribunal de la Seine, à l'effet de nommer un expert qui, serment préalablement prêté, procédera aux opérations suivantes :

1^o Examinera : A, 240 grammes de tripes de porc; B, 910 grammes de viande de porc (1^{er} saloir); C, 710 grammes de viande de porc (2^e saloir).

Le tout placé sous scellé de M. le Commissaire de police à D... et transmis, ce jour, sous notre scellé à M. le procureur de la République près le tribunal de la Seine.

2^o Dira si ces échantillons de viande de porc sont ou non corrompus.

3^o M. le juge d'instruction voudra bien attirer l'attention de l'expert commis sur la lettre ci-jointe de M. le Dr E..., médecin expert à B... (lettre en date du 3 août, adressée à M. le procureur de la République de ce siège).

Rapport de M. le médecin des épidémies de l'arrondissement de B... — Épidémie de pseudo-cholérine à D...

Monsieur le sous-préfet,

Dans notre visite à D..., en date du 20 juillet, une plainte a été adressée à M. le procureur de la République par le ma-

lade 1..., dénonçant comme cause de sa pseudo-cholérine le pâté provenant de chez Z...; la rumeur publique a commencé alors à s'associer à cette opinion, et le commissaire de police, aidé du garde, a acquis la conviction qu'il avait été induit en erreur par suite de l'ignorance et de l'inintelligence des malades, et surtout par une sorte de conspiration de famille et d'amis, pour faire le silence sur la nocuité de la charcuterie de Z...

Le 30, nous sommes retourné à D..., à l'effet de compléter notre enquête; M. C..., médecin traitant, n'a pas cru devoir, comme il l'avait promis, nous assister au cours de nos opérations. Disons tout de suite qu'il n'y a pas eu de nouveaux malades depuis le 20; mais que certains malades, bien que levés, ne sont encore que convalescents et que tous, ou plutôt presque tous, sont très affaiblis ou amaigris. Sauf les quelques cas légers qui n'ont duré que deux ou trois jours, la maladie a duré de huit à dix jours.

Comme symptomatologie, la diarrhée avec coliques a été la règle presque absolue, viennent ensuite les vomissements, la céphalalgie, les crampes dans les mollets, la courbature et la raideur dans les membres, surtout dans les inférieurs, de la rougeur de la face, voire même une coloration rouge foncé de tout le corps, mais pas d'éruption punctiforme; enfin une grande faiblesse et un amaigrissement notable. Les selles et les matières vomies étaient de nature bilieuse, verdâtres; fétidité repoussante des selles; fièvre. La femme décédée a rapidement perdu connaissance dès le début.

Enfin, les symptômes se sont généralement manifestés peu de temps après l'ingestion de la charcuterie: pâté ou viande de porc.

Reprenons l'examen des différents malades:

Nous n'avons pu visiter F... (1) à M..., hameau voisin; M. le commissaire de police se renseignera à son égard afin de savoir s'il a consommé de la charcuterie.

(1) Chaineur, 47 ans; aurait eu la cholérine vers le 10 juillet.

I... (Léon), 40 ans environ, directeur de banque à D... (1), prétend que M. C..., son médecin, a reconnu chez lui des symptômes d'empoisonnement par le pâté ; mais ce médecin a refusé de se prononcer devant M. le Commissaire et il n'a pas consenti à délivrer de certificat en ce sens. Les deux filles du sieur I..., qui avaient aussi mangé du pâté, ont été également malades. Seule, la mère qui n'en avait pas mangé, est restée indemne. Notons que le plaignant avait au début déclaré à M. le commissaire que le pâté était frais et qu'il ne pensait pas qu'il l'avait rendu souffrant. Les malades I... ont mangé du pâté le 14 juillet ; ils ont été atteints dans la nuit suivante.

II..., 56 ans, ancien mineur ; sa femme (Élisa) de même âge, et sa fille, 19 ans, ouvrière des champs, qui avaient primitivement nié avoir mangé du pâté et de la charcuterie, ont reconnu avoir mangé du lard de chez Z... Le mari en a mangé le 15 soir et il est immédiatement tombé malade. La femme et la fille ont été atteintes le 16 et le 18.

III... La femme (Albertine), 56 ans, ses trois petites-filles... 8 mois, 7 ans et 8 ans (2), ainsi que son fils (François), 14 ans, mineur, ont mangé du pâté de Z..., les quatre premiers, ensemble pour 10 centimes, à 4 heures, le dernier pour 10 centimes à 5 heures du soir, tous le même jour, 15 juillet.

Ils tombent malades, la première indisposée dès le 15 soir, à minuit (décès le 16 à 1 heure après midi), la deuxième le 16 matin ; les troisième et quatrième le 16 à 3 heures et demie après midi ; le cinquième le 16 à 3 heures et demie du matin. Nous n'avons encore pu savoir si l'autre fils (Henri) (3) avait mangé de la charcuterie ; il aurait, selon son frère,

(1) Le sieur F... était venu se promener à D..., le 14 juillet ; il y avait acheté du pâté de chez Z..., et il l'a mangé au hameau de C...

(2) Les petites III..., demeurant dans un autre quartier, dit « Le Coron », sont venues visiter leur grand'mère.

(3) ... (Henri), 23 ans, soldat au 43^e de ligne à Lille, est rentré le 16 soir, pour l'enterrement de sa mère ; chez lui, les crampes ont prédominé.

jeté le restant de pâté parce qu'il y avait des vers, il est tombé malade le 18 après midi.

Une autre sœur et le père, indemnes, n'avaient pas mangé de pâté.

IV... La femme (Angèle), 22 ans, et son frère (Gustave), 20 ans, bûcheron, qui avaient déclaré au garde avoir mangé du bouillon du bœuf, le soir du 17, déclarent actuellement qu'ils ont consommé du pâté à midi, et qu'ils sont tombés malades : la première, l'après-midi même du 17 (et non seulement le 18 matin, comme elle l'avait d'abord dit), le second le 18 matin seulement.

Le mari et l'enfant, indemnes, n'avaient pas mangé de pâté.

V... (François), mineur-cabaretier, 30 ans, qui, d'après sa femme, n'avait mangé que des pommes de terre, le 15, avait en réalité mangé du pâté de Z..., les 14 et 15 juillet (pour 20 centimes chaque fois), est tombé malade le 16 à 9 heures du matin; coliques, diarrhée fétide pendant dix à douze jours. La fille, 7 ans, et le fils, 5 ans, qui, suivant la mère, auraient aussi mangé un peu de pâté, le 15, n'ont pas été malades de coliques; cependant la fille a été atteinte de rougeole (?) sortie le 19, après une fièvre ayant débuté le 17. Il y aurait eu un autre cas de rougeole dans le hameau. M. le Dr C..., seul, pourrait fournir là-dessus des renseignements intéressants. En tous cas, il n'y a pas eu de catarrhe oculo-nasal, ni de toux.

VI..., maçon; 1° sa femme (Marie), 41 ans, malade depuis le 16 après midi (coliques, diarrhée, crampes) pendant trois jours, 2° la fille (Laure), 7 ans, revenue malade de l'école, le 15 matin (vomissements et diarrhée pendant huit jours) et 3° la fille (Sidonie), 17 ans, ouvrière des champs, malade depuis le 17, pendant deux jours, avaient déclaré au garde qu'elles étaient tombées malades, la première le 16 matin, la deuxième vers 1 heure après midi et la troisième vers 7 heures du soir, et qu'enfin elles avaient mangé, la veille au soir, du bouillon de bœuf provenant du boucher de D...; elles nient énergi-

quement, devant nous, avoir mangé du pâté ou du lard de Z... Mais la femme VI... a, comme on le voit, varié dans ses déclarations et elle rit ironiquement en nous répondant. Elle paraît vouloir innocenter un parent. Son mari n'a pas été atteint.

VII... (Adolphe), 38 ans, mineur, qui est tombé malade dans la nuit du 15 au 16, à 1 heure et demie du matin (diarrhée, crampes, amaigrissement pendant huit jours), avait déclaré au garde qu'il avait mangé un bifteack, le 15 soir, provenant du boucher de D..., reconnaît actuellement avoir mangé pour 15 centimes de pâté, à 9 heures du soir, le 15.

Les autres personnes de la famille, qui n'ont pas mangé de charcuterie, n'ont rien éprouvé.

VIII... (Benoît), tourneur. Fils (Octave), 8 ans, malade depuis le 16 à 11 heures du soir (diarrhée verte, vomissements verts, crampe, céphalalgie, fièvre). Puis le fils de 15 ans, le père âgé de 43 ans (diarrhée, vomissements, mal de tête), la fille de 3 ans et demi, la mère de 39 ans, et la fille de 17 ans, ces deux dernières légèrement atteintes. La femme, qui avait déclaré au garde que la famille avait mangé de la soupe au lait le 16, matin et soir, après des hésitations et des négations, finit par « aimer mieux dire la vérité » et par reconnaître que tous ont mangé, le 15 juillet à midi, de la soupe au lard provenant de chez Z...; ce lard paraissait mauvais, d'odeur suspecte après cuisson. Ils déclarent ne pas avoir voulu faire du tort aux charcutiers Z..., qui sont de bonnes gens.

IX..., 25 ans, sa femme (Julia-Palmyre), 22 ans, et leur fils, 5 ans, ont mangé du pâté (pour 30 centimes), le dernier en très petite quantité, le 14 au soir. La femme, qui en avait consommé le plus, a été très malade; leur maladie a commencé du 14 au 15 à minuit (sauf le fils qui est resté indemne). La femme a eu une diarrhée avec selles noires pendant dix jours. Le mari a eu la diarrhée trois jours.

X..., boulanger, 48 ans, et ses fils, 9 et 17 ans, qui ont tous trois mangé du pâté, ont été malades, le premier de-

puis le 16 dans la journée, le deuxième le 17 et le troisième le 19. La mère et les trois autres enfants qui n'ont pas mangé de ce pâté sont restés indemnes.

XI... (Hortense), 74 ans, après avoir dit qu'elle n'avait pas mangé de pâté, déclare qu'elle en a goûté une simple bouchée, le 15, et que l'ayant trouvé mauvais, elle l'a jeté sur la rue; elle n'en a pas moins été malade dès la nuit du 15 au 16 à minuit (diarrhée et vomissements pendant huit jours). C'est à regret, nous a-t-il paru, que cette femme avoue avoir goûté du pâté.

XII... (Alexandre), 70 ans, a mangé du pâté (30 centimes), le 15 à 7 heures du soir et le 16 à 9 heures du matin; il est tombé gravement malade au bois vers 10 heures, après déjeuner (diarrhée, brisement général pendant huit jours); sa femme déclare que le pâté avait une couleur « drôle » et que, sur sa remarque, la charcutière lui avait répondu que c'était parce que la « tête n'avait pas bien saigné ».

XIII... Lemari (Émile), 48 ans, lamineur, sa femme (Alexandrine), 43 ans, et la grand'mère, 74 ans, ont mangé du pâté (pour 10 centimes) le 17 à 4 heures soir; ils sont tombés malades vers minuit. Le père et la mère ont été atteints de vomissements, mal de tête, crampes dans les mollets et les bras; la face de l'homme a pris une couleur rouge foncé, lèvres presque noires, étouffements. Il est encore faible, sujet à des sueurs, et il n'a pas encore repris son travail. La vieille femme n'a eu qu'une légère indisposition, avec mal de tête, sans diarrhée. Ils avaient d'abord déclaré n'avoir mangé le soir, que des haricots verts. On ne s'explique pas comment la fille (Élisa), 17 ans, émailleuse, qui n'aurait pas mangé de pâté, serait tombée malade le 20, à 11 heures du matin (fièvre et rougeur de la face, douleurs dans les membres, sans diarrhée, pendant douze jours). Comme elle passe chaque jour devant la charcuterie Z..., peut-être y aura-t-elle à l'insu de sa mère, acheté de la charcuterie. M. le commissaire de police tâchera de le savoir.

XIV... (Victorine), 68 ans, malade depuis le 19 juillet,

prétend n'avoir mangé aucune charcuterie ; ses déclarations ne paraissent pas sincères.

XV... (Léon), ébéniste, 27 ans et sa femme (Marie), 22 ans, après avoir mangé du lard le 16 à midi, sont tombés malades le 17, le premier à deux heures et la seconde à midi.

XVI... (Henri), 48 ans et sa fille, 19 ans, ont mangé du pâté (pour 30 centimes), à 7 heures du soir le 16 ; ils sont tombés malades, le père la nuit suivante et la fille le 17 à 7 heures du matin. Le père a eu la diarrhée pendant quinze jours, il est encore tout défait. Les autres membres de la famille, n'ayant pas mangé de pâté, n'ont pas été atteints.

Nous ferons interroger par M. le commissaire de police les nommés ... (Jules), 17 ans, ... (Catherine), 62 ans, ... (Louis), 41 ans, et ... (Ernest), 14 ans, puis ... (Hermance), 22 ans, à l'effet de savoir si, quand et combien, ils ont mangé de charcuterie et combien d'heures après ils sont tombés malades le 18 juillet.

Il y a donc eu, en tout, 48 malades, dont 1 a succombé. Parmi ces 48 malades, 36, y compris la décédée, ont mangé de la charcuterie de Z..., 5 seulement déclarent ne pas en avoir mangé et pour les 7 autres, les renseignements manquent encore. Enfin, trois enfants, qui auraient mangé : deux « un peu » de pâté et l'autre « une très petite quantité » de pâté n'auraient pas été malades.

Les malades se répartissent de la façon suivante :

Le 10 juillet.....	1
Le 15 —	8
Le 16 —	19
Le 17 —	9
Le 18 —	8
Le 19 juillet.....	2
Le 20 —	1

Ainsi s'expliquent par l'origine alimentaire, la soudaineté et la simultanéité des cas, que par suite de renseignements erronés, nous avons attribués à la contamination de l'eau de boisson.

Bien qu'il ne se produise plus de nouveaux cas depuis le 20 juillet, comme on peut supposer que ce résultat est dû à la mise en quarantaine de la charcuterie Z... par la clientèle, il y a eu lieu de craindre que la charcuterie malsaine restante ne vienne à être mise ultérieurement en vente. Or nous pouvons supposer que le pâté et le lard n'ont été nuisibles que par suite de leur décomposition, et il est peu probable que le charcutier en trouve l'écoulement à l'avenir.

Néanmoins, il y a possibilité que le porc, si tant est qu'il ait réellement été tué le 14 juillet à 4 heures du matin, ait été atteint d'une maladie infectieuse; dans ce cas, l'apparence de ses produits pourrait être trompeuse. De toute façon, nous estimons qu'il a lieu de saisir la charcuterie de Z... et d'y prélever des échantillons qui seront expertisés, tant pour rechercher la cause de leur altération, que pour décider si les produits peuvent être livrés à la consommation sans danger pour la santé publique.

Lettre de M. le juge d'instruction délégué.

B..., le 6 août 1895.

Monsieur le Procureur de la République,

Comme suite à ma commission rogatoire et à l'envoi de viandes saisies au domicile du sieur Z..., inculpé de mise en vente de denrées corrompues; en date du 3 août courant, j'ai l'honneur de vous adresser par même courrier et par grande vitesse, une boîte scellée de mon sceau contenant des matières fécales et un morceau de viande corrompue (*lequel a été enterré du 15 juillet au 4 août courant*), en vous priant de vouloir bien transmettre à l'un de MM. les juges d'instruction près votre tribunal, la commission rogatoire ci-jointe pour sa mise d'urgence à exécution.

Commission rogatoire. — Nous, A... (Jules), juge faisant fonctions de juge d'instruction près le tribunal de première instance de B...

Vu la procédure instruite contre Z..., charcutier à D..., inculpé de mise en vente et de détention de denrées alimentaires corrompues.

Vu les articles 83 et suivants du Code d'instruction criminelle, Commettons rogatoirement l'un de MM. les juges d'instruction

près le tribunal de la Seine, à l'effet de commettre expert, qui serment préalablement prêté :

1° Examinera la viande renfermée dans un vase en terre scellé de notre sceau ;

2° Recherchera, par examen chimique, si cette viande ne renferme pas d'alcaloïdes animaux toxiques formés soit sur le vivant, par suite d'une maladie infectieuse ou d'un surmenage, soit après la mort par suite de la décomposition. Les alcaloïdes animaux à rechercher sont : toxines, sepsines, ptomaines, leucomaines.

3° Recherchera également sur cette viande par analyse bactériologique, d'abord par examen microscopique direct, et ensuite par les cultures, la présence de ces alcaloïdes animaux.

4° Examinera les déjections des nommés VIII... et IX... renfermées dans des bocaux contenus dans une boîte scellée au sceau du commissaire de police de D... et du nôtre, et recherchera par analyse si ces déjections contiennent des traces de maladie causée par l'absorption de viande corrompue, notamment de lard semblable à celui sus-rappelé ou de charcuterie malsaine ou corrompue.

Rapport du tout nous sera transmis dans le plus bref délai possible.

Nous résumerons ici, sous forme de tableau et pour permettre de s'y reporter au besoin afin de n'y plus revenir au cours de ce rapport, la composition de chacun des scellés et la quantité des substances qui s'y trouvaient contenues.

Scellé n° 1. — Lard du 1^{er} saloir : poids 772 grammes.

Lard du 2^e saloir : poids 635 grammes.

Tripes salées : poids 210 grammes.

Scellé n° 2. — Déjections de 9... : poids 97 grammes.

Déjections de 8... : poids 233 grammes.

Morceau de viande envahi par les moisissures : poids 135 grammes.

Chacune des recherches toxicologiques et bactériologiques a porté sur les poids suivants :

I. Lard du 1^{er} saloir. — Quantité employée pour la recherche des substances toxiques minérales : 175 grammes.

Quantité employée pour la recherche des alcaloïdes et composés analogues : 158 grammes.

Quantité employée pour l'examen microbiologique et différents essais : 63 grammes.

II. *Lard du 2^e saloir*. — Quantité employée pour la recherche des substances toxiques minérales : 193 grammes.

Quantité employée pour la recherche des alcaloïdes et composés analogues : 137 grammes.

Quantité employée pour l'examen microbiologique et différents essais : 33 grammes.

III. *Tripes salées*. — Quantité employée pour la recherche des substances toxiques minérales : 40 grammes.

Quantité employée pour la recherche des alcaloïdes et composés analogues : 114 grammes.

Quantité employée pour l'examen microbiologique et différents essais : 28 grammes.

IV. *Déjections des deux malades* — Les recherches ont été effectuées sur l'ensemble des déjections, en raison de la faible proportion de chacune d'elles.

Quantité employée pour la recherche des substances toxiques minérales : 131 grammes.

Quantité employée par la recherche des alcaloïdes et composés analogues : 195 grammes.

Quantité employée pour l'examen microbiologique et différents essais : 4 grammes.

V. Le morceau de viande envahi par les moisissures a été réservé, aucune recherche utile ne pouvant être effectuée sur lui au début et avant que la nature de la substance toxique, pouvant exister dans les autres scellés eût été révélée par les premiers essais.

Les méthodes employées pour toutes nos recherches toxicologiques furent celles décrites en détail dans le *Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie* de Legrand du Saulle, Berryer et Pouchet, et dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* au mot « Toxicologie ».

Pour ne pas donner à ce rapport un développement inutile, nous ne ferons que résumer ici ces procédés :

A. *Recherche des substances toxiques volatiles*. — Les parties solides furent divisées au moyen d'un pulpeur et chaque prélèvement fut additionné d'eau distillée de façon à former une masse très fluide que l'on rendit franchement acide au moyen d'acide sulfurique parfaitement pur.

Chaque mélange fut alors chauffé progressivement et len-

tement de manière à recueillir par distillation les deux tiers environ de la masse fluide totale. L'appareil distillatoire était en communication avec un tube à boules contenant une solution diluée d'azotate d'argent destinée à retenir les produits volatils qui auraient pu échapper à la condensation.

Cette opération, qui permet de déceler la présence des corps suivants : phosphore et ses premiers produits d'oxydation ; acide cyanhydrique et cyanures facilement décomposables ; phénols, huiles essentielles et essences ; composés hydrocarbonés facilement volatils tels que alcool, éther, chloroforme ; nous conduisit, dans chaque cas, à des résultats absolument négatifs.

B. Recherche des substances toxiques minérales. — Cette recherche fut effectuée sur le résidu de la distillation des opérations précédentes. Après addition d'eau en quantité suffisante pour rendre la masse bien fluide, chauffage à l'ébullition et filtration, on examine séparément : 1° la liqueur filtrée ; 2° le résidu insoluble resté sur le filtre.

La recherche de l'arsenic, de l'antimoine et des métaux toxiques, fut effectuée après destruction des matières organiques par un mélange d'acides sulfurique et nitrique en présence du sulfate acide de potassium.

On arriva ainsi à acquérir la certitude de l'absence, dans chacun des produits examinés, de toute substance toxique d'origine minérale notamment des corps suivants : arsenic, antimoine, mercure, plomb, cuivre, bismuth ; étain, zinc, baryum.

C. Recherche des alcaloïdes et des composés analogues. — Pour cette recherche, la quantité de substances prélevée sur chacun des scellés, d'abord transformée en pulpe, fut additionnée d'alcool à 60 p. 100 de manière que le mélange constituât une bouillie très fluide, puis on acidifia nettement chaque mélange par addition de la quantité nécessaire d'acide citrique pur.

Après douze heures de macération à la température de 45° les liqueurs alcooliques furent séparées par filtration ; les résidus solides, fortement exprimés, furent épuisés de nou-

veau par de l'alcool à 60 p. 100, et les liqueurs alcooliques furent évaporées dans le vide à consistance sirupeuse.

On additionna le résidu de chacune des évaporations de dix fois son volume d'alcool à 97 centièmes et, après vingt-quatre heures de macération avec agitation fréquente, on sépara par filtration la partie insoluble dans l'alcool fort.

Chaque liqueur alcoolique fut soumise à la distillation pour séparer la majeure partie de l'alcool, et l'évaporation fut achevée dans le vide, sous une cloche dont l'atmosphère était desséchée au moyen d'acide sulfurique concentré.

Ces derniers résidus furent repris par de l'eau alcoolisée au tiers et les solutions, clarifiées par filtration, furent épuisées successivement, encore acides, par l'éther de pétrole, la benzine, le chloroforme et l'alcool amylique.

Aucun de ces dissolvants ne sépara des solutions des produits du groupe des alcaloïdes ou des substances toxiques que l'on peut isoler dans ces mêmes conditions. Les résidus abandonnés par l'évaporation de petites quantités de chacun d'eux, étaient presque absolument insignifiants et constitués, pour la majeure partie, par des matières grasses et colorantes.

Les liqueurs acides furent alors alcalinisées légèrement par addition de quantité suffisante de solution saturée de bicarbonate de soude et l'on effectua de nouveau une série d'épuisements à l'aide de l'éther de pétrole, de la benzine, du chloroforme et de l'alcool amylique.

Puis, chaque liqueur fut ensuite rendue fortement alcaline par addition d'un excès de soude caustique et épuisée de nouveau et successivement par les mêmes dissolvants.

L'évaporation de chacun de ces dissolvants ne sépara, pour la plupart d'entre eux, que des traces de substances sans réactions nettes et caractères tranchés.

Nous avons réuni sous forme de tableau, les réactions présentées, sous l'influence de certains réactifs principaux, par ces résidus d'évaporation, et il est facile de se convaincre par la lecture de ce tableau d'ensemble et par le rapprochement des diverses colorations obtenues, que les produits

TABLEAU A.

Epuisements des solutions faiblement alcalines par le bicarbonate de soude.

		RÉACTIF DE MANDELIN.	RÉACTIF DE FROHDE.
Lard du premier saloir.	Éther de pétrole.	Jaune verdâtre passant au vert. Après 24 heures, incolore.	"
	Benzine.	Rouge brun sale passant au brun sale. Après 24 heures, marron sale.	"
	Chloroforme	Gris brunâtre passant au jaune. Après 24 heures, jaune sale.	"
	Alcool amylique.	Violet passant au vert. Après 24 heures, verdâtre.	Vert passant au bleu. Après 24 heures, verdâtre.
Lard du deuxième saloir.	Éther de pétrole.	"	Jaune. Après 24 heures, incolore.
	Benzine.	"	Brun rougeâtre. Après 24 heures, noirâtre.
	Chloroforme	"	Jaune brunâtre, passant au brun verdâtre. Après 24 heures, jaune sale.
	Alcool amylique.	Vert bleuâtre. Après 24 heures, verdâtre.	Rose, brun, vert. Après 24 heures, jaune brun clair.
Tripes.	Éther de pétrole.	Vert passant au vert bleuâ- tre. Après 24 heures, bleuâtre.	"
	Benzine.	Violet rouge au début, pas- sant au brun. Après 24 heures, noir sale.	"
	Chloroforme	Violet brun passant au brun. Après 24 heures, jaune sale.	"
	Alcool amylique.	Vert bleuâtre. Après 24 heures, vert.	Brun passant au vert. Après 24 heures, jaune brun.
Déjections.	Éther de pétrole.	"	Jaune verdâtre. Après 24 heures, inco- lore.
	Benzine.	"	Brun violacé passant au brun. Après 24 heures, brun sale.
	Chloroforme	"	Brun violacé passant au brun. Après 24 heures, brun sale.
	Alcool amylique.	Violet passant au brun. Après 24 heures, brun.	Bleu fugace, brun, brun verdâtre. Après 24 heures, brun.

TABLEAU B.

Épuisements des solutions fortement alcalines par la soude.

		RÉACTIF DE MANDELIN.	RÉACTIF DE FROHDE
Lard du premier saloir.	Ether de pétrole.	"	Jaune verdâtre. Après 24 heures, grisâtre.
	Benzine.	"	Brunâtre, passant au jaune. Après 24 heures, grisâtre.
	Chloroforme	"	Jaune brunâtre, passant au brun verdâtre. Après 24 heures, jaune sale.
	Alcool amylique.	Vert bleuâtre. Après 24 heures, verdâtre.	Brun faiblement violacé, puis jaune verdâtre. Après 24 heures, jaune brun clair.
Lard du deuxième saloir.	Ether de pétrole.	Jaune verdâtre, passant au vert émeraude. Après 24 heures, bleuâtre.	"
	Benzine.	Vert. Après 24 heures, bleuâtre.	"
	Chloroforme	Vert. Après 24 heures, bleuâtre.	"
	Alcool amylique.	Vert bleuâtre. Après 24 heures, vert.	Faiblement rosé, brun. Après 24 heures, jaune brun clair.
Fripes.	Ether de pétrole.	"	Jaune verdâtre. Après 24 heures, jaunâtre.
	Benzine.	"	Violet brun, passant au brun jaunâtre. Après 24 heures, jaune sale.
	Chloroforme	"	Brun passant au brun violacé. Après 24 heures, jaune verdâtre.
	Alcool amylique.	Vert passant au bleu. Après 24 heures, vert.	Violet brun, jaune vert. Après 24 heures, jaune brun clair.
Déjections.	Ether de pétrole.	Vert. Après 24 heures, verdâtre.	"
	Benzine.	Vert émeraude. Après 24 heures, vert.	"
	Chloroforme	Violet brun. Après 24 heures, brunâtre.	"
	Alcool amylique.	Violet fugace, vert brunâtre, vert. Après 24 heures, brun verdâtre clair.	Violet brun, jaune vert, Après 24 heures, jaune brun.

séparés dans ces conditions, de chacun des scellés, ne répondent pas à une espèce chimique bien déterminée.

Ils doivent, évidemment, être rapprochés du groupe de ces composés, mal et insuffisamment connus, auxquels on a donné le nom de ptomaines; mais ce serait une profonde erreur, dans l'état actuel de la science, de croire possible de s'appuyer sur des considérations ou des déterminations de cet ordre pour en tirer des conclusions au point de vue médico-légal.

Les ptomaines et les composés de même ordre sont encore trop peu connus, et surtout trop peu identifiés avec l'évolution des processus vitaux de telle ou telle bactérie, pour qu'il soit possible de tirer la moindre conclusion d'une recherche chimique dont les résultats sont, la plupart du temps, des plus incertains.

Les réactifs généraux des alcaloïdes ont donné des précipités plus ou moins accentués dans les solutions très faiblement acides des chlorhydrates obtenus avec les résidus d'évaporation des différents dissolvants dont il vient d'être question.

Réactif d'Erdmann. — Résidus de l'alcool amylique.

			Au bout de 24 heures.
Lard du premier saloir.....	Bicarbonate de soude.	Coloration violacée persistante.	Jaune brun clair.
	Soude.	Coloration violacée persistante.	
Lard du deuxième saloir.....	Bicarbonate de soude.	Coloration violacée persistante.	Jaune brun clair.
	Soude.	Coloration violacée persistante.	
Tripes.....	Bicarbonate de soude.	Brun jaunâtre passant au jaune.	Jaune brun clair.
	Soude.	Coloration violacée persistante.	
Déjections.....	Bicarbonate de soude.	Violet, brun violacé.	Brun.
	Soude.	Violet passant au violet rouge.	

Recherches bactériologiques. — Expérimentation physiologique. — En raison des faits énoncés dans la commission rogatoire de M. le juge d'instruction de B..., et des renseignements circonstanciés contenus dans le rapport de

M. E..., il était indispensable d'effectuer sur les scellés soumis à notre examen, une série de recherches bactériologiques qui fut réalisée par les procédés suivants :

Des bouillons peptonisés furentensemencés avec des prélèvements effectués sur :

- 1° Le lard du premier saloir ;
- 2° Le lard du deuxième saloir ;
- 3° Les tripes ;
- 4° Les déjections de IX... et de VIII... ;
- 5° Du lard acheté chez un charcutier de Paris.

Les fragments du lard destiné aux ensemencements, furent prélevés au centre des morceaux, après flambage préalable de la surface et flambage des instruments qui devaient servir à la section et à la dilacération.

Après six jours d'étuve, on pratiqua avec les cultures ainsi réalisées, des injections sous-cutanées ou intra-péritonéales sur des cobayes.

Les fiches et courbes de température annexées à ce rapport et concernant chaque expérience permettent de suivre facilement la marche des opérations et d'embrasser d'un coup d'œil les résultats obtenus, en précisant les détails de chacune des expérimentations.

Les fiches concernant cette série d'opérations sont celles portant les n° 1, 2, 3, 4, 5, — 10, 11, 12, — 18 — 22, 23, 24, 25.

De l'examen de ces résultats, il ressort que les cultures effectuées avec le lard du premier et du deuxième saloir, ainsi qu'avec les tripes, ont révélé la présence d'une espèce bactérienne spécifique de la maladie infectieuse des porcs connue sous le nom de pneumo-entérite (hog-choléra).

Les cultures effectuées à l'aide des déjections de IX... et de VIII... n'ont révélé, comme espèce virulente, que du *Bacterium coli*.

Quant aux bouillonsensemencés avec du lard de bonne qualité et quant au bouillon avant tout ensemencement, leur introduction dans l'organisme des cobayes ne s'est traduite que par d'insignifiantes variations de température.

Des examens microscopiques pratiqués sur les humeurs et différents organes des cobayes qui avaient succombé aux inoculations ont permis de relever les particularités suivantes :

Cobayes des fiches n^{os} 1, 2, 3, 4, — 10, 11, 12, — 18, — 22.

Sérosité intra-péritonéale et liquide contenu dans l'intestin : grande quantité de bactéries et assez grande variété, notamment genres bacille et coccus.

Surface du foie : bacilles et micrococques.

Sang du cœur : rien de particulier, sauf chez le cobaye faisant l'objet de la fiche n^o 2, où l'on constate très nettement la présence du vibron septique.

[Il s'agit ici d'un fait de contamination accidentelle comme il s'en présente d'ailleurs assez fréquemment dans les recherches de ce genre.]

Différents milieux de culture, furent ensemencés avec de petites quantités des produits ci-dessus ; ils donnèrent des cultures présentant les caractères suivants :

[Cultures en stries] :

1^o *Sérosité intra-péritonéale*. — A, gélatine. Culture abondante, gélatine liquéfiée.

B, gélose. Culture assez abondante de couleur blanchâtre, d'apparence muqueuse.

C, pomme de terre. Culture d'apparence humide, abondante, de couleur brunâtre.

2^o *Liquide contenu dans l'intestin*. — A, gélatine. Liquéfiée : assez grand nombre de mucédinées.

B, gélose. Culture offrant l'apparence d'une ligne pointillée de couleur blanchâtre, d'aspect nacré, faible comme quantité.

C, pomme de terre. Envahie par les moisissures.

3^o *Sérosité pleurale*. — B, gélose. Culture offrant l'apparence d'une ligne pointillée de couleur blanchâtre, d'aspect nacré, faible comme quantité.

C, pomme de terre. Culture assez abondante, d'apparence muqueuse, de couleur blanc jaunâtre.

4^o *Rate*. — B, gélose. Culture de couleur blanchâtre, d'aspect fortement nacré, faible comme quantité.

C, pomme de terre. Culture de couleur gris brunâtre, parsemée d'îlots blanchâtres.

5° *Sang du cœur*. — B, gélose. Culture d'aspect nacré, non liquéfiante, faible comme quantité.

Tous les bouillons ensemencés avec ces différents produits, cultivent abondamment.

Les examens microscopiques pratiqués sur toutes ces cultures, montrent qu'elles sont impures, sauf pour le sang du cœur, dont les cultures sont assez pures et constituées généralement par un cocco-bacille de forme ellipsoïdale, immobile, se colorant facilement avec les solutions hydro-alcooliques de couleurs d'aniline.

Étude analytique des bouillons ensemencés directement avec le contenu des scellés. — Les bouillons qui avaient servi aux inoculations pratiquées sur les cobayes ont été utilisés pour préparer, avec de l'eau distillée stérilisée, des dilutions à l'aide desquelles on ensemença de la gélatine qui fut solidifiée ensuite dans des cristallisoirs de Petri.

On surveilla continuellement le développement des colonies, et, six jours après les ensemencements, les colonies bien développées furent étudiées dans le but de les spécifier.

Un premier fait frappe tout d'abord : à part les cultures faites avec les déjections de IX... et de VIII..., cultures qui renferment une grande variété de colonies liquéfiantes et non liquéfiantes, ainsi que de nombreuses espèces chromogènes, on remarque, au contraire, dans toutes les cultures faites avec le lard du premier saloir, le lard du deuxième saloir et les tripes, un certain nombre de colonies dont la plupart peuvent se rapporter à trois types distincts :

1° Levure blanche ;

2° *Micrococcus ureæ* ;

3° Une espèce commune à toutes les cultures et en prépondérance dans tous les cristallisoirs de Petri.

A la surface de la gélatine, cette colonie est de couleur blanc bleuâtre au début et d'aspect fortement nacré, quand on la regarde par transparence ; elle se développe assez

rapidement, devient épaisse, de couleur blanc mat, d'aspect cireux, à bords nettement délimités ; elle s'étend régulièrement, présente un contour exactement circulaire et atteint une dimension maxima de 5 millimètres de diamètre. Sa consistance est pâteuse, et le fil de platine ne l'enlève qu'en partie. Elle ne liquéfie pas la gélatine, même après longtemps.

A l'intérieur de la gélatine, ce micro-organisme forme de petites colonies sphériques, de couleur blanche, non liquéfiantes, ne paraissant pas former de zone gazeuse.

A l'examen microscopique, on constate la présence d'un coco-bacille de dimensions moyennes, de forme elliptique, prenant bien la fuchsine, le bleu et le violet de méthyle, en solutions hydro-alcooliques ; la coloration est plus intense sur les bords de l'élément figuré qu'à son centre, ce qui donne à un grand nombre de ces cellules l'apparence de coccus à forme allongée. Cette bactérie est immobile.

Sous le microscope, ce micro-organisme se rapproche beaucoup de celui observé dans les cultures du sang du cœur des premiers cobayes ayant servi à l'expérimentation physiologique.

En plus de ces colonies qui constituent, pour le lard, la majeure partie des cultures, on remarque encore quelques rares colonies sur lesquelles il a été possible de déterminer les espèces suivantes :

Penicillium glaucum.

Bacillus subtilis.

Staphylococcus pyogenes (douteux).

Les cultures effectuées avec le bouillon provenant de l'ensemencement des tripes montrent surtout deux types de colonies : levure blanche et la colonie précédemment décrite en détail.

Ces différentes espèces de colonies furent transportées sur des milieux nutritifs variés (gélatine, gélose, pomme de terre, lait, etc.), pour observer leurs caractères de culture et permettre de les identifier.

Il a été impossible d'obtenir d'autres caractères que ceux de l'aspect de la colonie dans les boîtes Petri et des préparations microscopiques pour confirmer la présence du *Staphylococcus pyogenes aureus*, tous les essais de culture tentés avec les premières colonies étant demeurés stériles. Aussi, avons-nous cru nécessaire de faire suivre l'énumération de cette espèce bactérienne de la mention « douteux ».

Les cultures faites avec la colonie qui se présentait en quantité plus considérable ont montré les caractères suivants :

A, bouillon peptonisé. Culture assez abondante, sans caractères particuliers.

B, solution de peptone à 1 p. 100. Culture d'intensité moyenne; pas de formation d'indol.

C, lait. Non coagulé.

D, bouillon lactosé (au tournesol alcalin). Ne rougit pas.

E, gélatine (strie). Culture abondante, fortement nacré au début, s'étendant peu à peu et donnant un enduit de couleur blanc mat, de consistance d'abord cireuse, puis crémeuse : la culture est nettement délimitée, les bords sont festonnés et dentelés, l'épaisseur va en diminuant du centre aux bords. Pas de liquéfaction de la gélatine.

F, gélatine (piqûre). Culture faible tout le long du trait de piqure dans la profondeur de la gélatine ; culture abondante à la surface.

G, gélose (strie). Culture de couleur blanc jaunâtre, de forme et d'intensité irrégulières : quelquefois espaces très peu cultivés, ce qui donne à certains tubes l'aspect d'un réseau dentelé s'étendant, dans certains cas, sur toute la surface de la gélose.

H, pomme de terre (strie). Culture abondante, épaisse, de couleur blanche au début, brunissant rapidement.

Expérimentation physiologique. — Des bouillons peptonisés furent ensemencés avec les colonies présentant les caractères de cultures qui viennent d'être décrits provenant des boîtes Petri.

A l'aide de ces bouillons, on fit sur des cobayes des inoculations dont les résultats sont rapportés en détail aux fiches n° 8-9, — 13-14, — 19-20-21.

Les résultats de cette expérimentation, ainsi que les lésions constatées à l'autopsie des cobayes, confirment absolument les premiers essais d'expérimentation physiologique rapportés précédemment et relatifs aux bouillons ensemencés directement avec le lard et les tripes contenus dans les scellés.

Comme dans la série d'expériences précédentes, on fit avec les humeurs et les organes des cobayes qui succombèrent, des cultures et des examens microscopiques qui montrèrent *directement*, dans la sérosité péritonéale et à la surface du foie, la présence du cocco-bacille déjà décrit, tandis que sa présence dans le sang du cœur ne pouvait être démontrée que dans des bouillons préalablement ensemencés à l'aide de ce sang.

Les caractères de ces différentes cultures, sur gélatine, sur gélose, sur pomme de terre, furent les mêmes que précédemment et les cultures se présentèrent à l'état complètement pur.

Le sang du cœur et le foie donnèrent presque toujours sur gélose la strie avec espaces clairs formant une dentelure à dessins quelquefois réguliers tant à l'intérieur de la strie que sur les bords; sur d'autres cultures on observe des cristallisations salines; sur d'autres encore, des colonies disposées par points isolés et séparées par des espaces clairs. Sur pomme de terre, les cultures varient de coloration du brun clair au brun foncé. Par des cultures en bouillon et sur gélose, nous avons pu constater, dans la moelle du cobaye n° 14, la présence du cocco-bacille déjà décrit.

Les bouillons de culture préparés à l'aide des ensemencements dont il vient d'être question servirent à faire sur des cobayes une nouvelle série d'expériences dont les détails sont rapportés aux fiches n° 6-7, — 15, — 16-17, — 26, — 27-28-29-31-32.

Cette série d'expérimentations confirma rigoureusement les observations précédentes et montra, entre autres résultats importants, que la rate et le sang du cœur des cobayes

ayant succombé à la maladie infectieuse, étaient doués d'un assez haut degré de virulence.

Ils montrèrent en même temps la possibilité de l'infection par la voie gastro-intestinale (cobaye n° 26) et la persistance de la virulence dans les humeurs, organes et milieux infectés (cobaye n° 15).

A l'examen microscopique des prélèvements effectués sur les cadavres des cobayes 6, — 15-16-17, — 28-29, on constata dans la sérosité péritonéale, dans le sang du cœur, à la surface du foie, la présence du cocco-bacille, précédemment décrit et dont tous les caractères spécifiques de culture sur différents milieux, se retrouvèrent exactement identiques à eux qui ont été exposés plus haut.

La culture sur gélatine et sur pomme de terre du produit de raclage des ulcérations intestinales est bleuâtre au début et cette coloration persiste assez longtemps.

Le cobaye faisant l'objet de la fiche n° 7, a été infecté accidentellement par le bacille du charbon (œdème malin), dont le micro-organisme a été retrouvé, avec tous ses caractères, dans la sérosité péritonéale, dans le liquide de l'œdème gélatiniforme sous-cutané, dans le sang du cœur, associé au cocco-bacille, qui constituait la seule espèce virulente retrouvée chez les autres animaux.

De l'ensemble de ces très longues et minutieuses recherches, on peut conclure avec une entière certitude à la présence, dans le lard et les tripes soumis à notre examen, de la bactérie spécifique de la maladie infectieuse des porcs, connue sous le nom de HOG-CHOLÉRA ou PNEUMO-ENTÉRITE infectieuse.

Les caractères de la bactérie; les particularités présentées par ses cultures sur différents milieux; sa virulence; les phénomènes pathologiques développés chez les cobayes, soit par injection intra-péritonéale, soit par injection sous-cutanée, soit par ingestion stomacale; l'évolution des phénomènes morbides; tout concorde exactement pour faire reconnaître la bactérie étudiée par MM. Salmon et Selander

comme cause du hog-choléra et décrite par M. Metchnikoff sous le nom de *cocco-bacillus suinum*.

Symptômes observés sur les animaux à D... — Ces déductions se trouvent parfaitement d'accord avec les symptômes constatés chez les animaux qui ont été malades ou qui ont succombé.

En dépouillant les renseignements recueillis sur notre demande par M. le juge d'instruction de B..., on peut résumer de la façon suivante les déclarations faites par les propriétaires d'animaux malades :

Malaise, inappétence, impotence fonctionnelle ; diarrhée, amaigrissement ; éruptions, ou plus généralement taches cutanées, de couleur variant du rose au violet, au bleu foncé, au noir ; toux quinteuse ; dans quelques cas, œdème plus ou moins généralisé ; enfin contagion d'animaux sains.

Il résulte encore des renseignements recueillis, que M. N..., marchand de porcs à D..., a vendu, de la fin de février au milieu de mai 1895, 57 porcs sur lesquels 41 sont morts dans un espace de temps variant de quelques jours à trois mois, et tous les autres ont été plus ou moins malades.

Les symptômes relatés ci-dessus et que, dans la région de D..., on a qualifiés de l'appellation de « rouget » sont, en réalité, ceux de la pneumo-entérite infectieuse du porc, affection qu'il est du reste possible, à un examen superficiel, de confondre avec le rouget.

Les symptômes relevés dans les dépositions des propriétaires d'animaux malades, l'évolution de la maladie dans les formes aiguës ou chroniques, sa durée, se rapportent exactement à ce que l'on connaît actuellement de la pneumo-entérite infectieuse du porc ; et ces renseignements concordent d'une façon parfaitement exacte avec les résultats des recherches bactériologiques et de l'expérimentation physiologique que nous avons exposés précédemment.

Symptômes observés sur les individus ayant consommé la charcuterie de Z... Leur rapport avec les faits précédents. — Les relations existant entre l'ingestion de cette viande de

porc infectée par la bactérie de la pneumo-entérite et les accidents apparus chez ceux qui l'ont consommée, ressortent avec une telle évidence du très intéressant rapport de M. le Dr E..., reproduit au début de cette étude, en même temps que la commission rogatoire de M. le juge d'instruction de B..., qu'il est presque inutile d'y insister ici.

Nous y joindrons cependant la reproduction du rapport ci-après de M. le Dr G..., rapport également fort précis et circonstancié, que nous extrayons des documents demandés par nous à M. le juge d'instruction, pour étayer l'opinion que nous avons pu baser sur nos premières recherches bactériologiques.

Copie du rapport de M. le Dr G... — Je soussigné, Louis G..., docteur en médecine de la Faculté de Paris et médecin légiste à D..., commis par M. le juge d'instruction de B..., à l'effet de visiter les quatre personnes ci-dessous dénommées, de décrire leur état, le caractériser médicalement, en déterminer les causes et en apprécier la gravité ainsi que celles des boutons remarqués sur les corps des personnes désignées sous les nos 1-2 et 3, déclare avoir préalablement prêté serment entre les mains de M. B..., suppléant M. le juge de paix du canton rive droite de D... et avoir ensuite accompli ma mission avec honneur et conscience.

Le résultat de mon examen se trouve consigné dans le rapport ci-dessous que je diviserai en quatre parties pour plus de clarté :

A. — 1° Exposé des faits d'après les commémoratifs fournis par les malades.

B. — 2° État des malades aux 14 et 15 septembre, dates auxquelles il a été procédé à leur examen.

C. — 3° Discussion scientifique des faits.

D. — 4° Conclusions.

A. — Le mardi 17 juillet, vers 11 heures et demie du soir, (Clément), âgé de 9 ans, demeurant à D... et désigné sous le n° 1, X... fut pris de diarrhée et de vomissements, brusquement, en pleine santé. Les matières rendues, tant du bas

que du haut, étaient de couleur verdâtre et d'odeur fétide. Cet état persista avec des degrés variables pendant une huitaine de jours. Vers le 7^e ou 8^e jour, il y eut une éruption d'urticaire qui dura dix à douze heures. Vers le 10^e jour, l'enfant se leva et conserva pendant la convalescence qui dura une dizaine de jours, une grande faiblesse musculaire.

Le mardi 15 septembre, cinq à six heures avant le début des accidents, l'enfant avait mangé du pâté de porc (1).

Le n° 2, VIII... (Benott), âgé de 43 ans, tourneur sur bois, à D..., a diné le lundi 15 juillet, à midi, avec du pâté de porc. Dans la nuit dudit jour, il eut tout à coup des vomissements et de la diarrhée, avec de violentes crampes dans les jambes. Les vomissements, de couleur verdâtre, cédèrent au bout de quelques jours. La diarrhée, très fétide, dura environ quatre semaines. Il eut une éruption de petits boutons vers le 8^e jour.

Le n° 3, VIII... (Octave), âgé de 8 ans, fils du précédent, a mangé aussi du pâté, comme son père. Il a eu, quelques heures après, de la diarrhée et des vomissements verdâtres. Pendant les cinq premiers jours de la maladie, il fut en proie à une extrême agitation, caractérisée par des cris, du chant et une sorte de délire ambulatoire. La maladie dura quatre semaines.

Le n° 4, IX... femme (Julia), âgée de 22 ans, demeurant à D..., a mangé du pâté le 14 juillet vers 8 heures du soir. Elle s'est sentie brusquement malade le lendemain vers midi, eut des vomissements pendant dix jours, de la diarrhée pendant quatre semaines, avec des crampes les premiers jours. Cette femme, qui nourrissait depuis huit mois, a perdu son lait le deuxième jour de sa maladie. Elle n'avait mangé que peu de pâté, quelques bouchées, moins que son mari qui lui aussi, eut des vomissements et de la diarrhée, mais seulement pendant quatre ou cinq jours.

(1) J'ai déjà, au début de cette étude, appelé l'attention sur quelques inexactitudes de dates que l'on peut relever dans ce rapport. Cette copie est la reproduction exacte des pièces qui m'ont été communiquées.

B. *État des malades aux 14 et 15 septembre.* — Le n° 1, X... (Clément), âgé de 9 ans, est complètement guéri. La plaque d'impétigo qu'il porte à la lèvre supérieure ne saurait être imputée aux accidents ci-dessus mentionnés.

Le n° 2, VIII... (Benoît), 43 ans, est encore atteint de faiblesse généralisée avec asthénie et diminution du sens musculaire. La sensibilité cutanée et l'acuité visuelle sont sensiblement diminuées. Cet homme présente des plaques d'anesthésie cutanée. Ses réflexes tendineux, en particulier ceux du genou, sont exagérés et la station debout, soit sur un seul, soit sur les deux pieds est impossible les yeux fermés.

Le n° 3, VIII... (Octave), fils du précédent, est guéri, sans autres traces de son état antérieur qu'un reste d'éruption cutanée au cou et à la face.

Le n° 4, IX... la femme Julia, est guérie. Toutefois, elle se plaint encore d'un peu de faiblesse musculaire et dit qu'elle ne saurait plus faire de gros ouvrages.

C. *Discussion scientifique des faits.* — Ce qui frappe chez les quatre malades ci-dessus, c'est la brusquerie et la brutalité des accidents. On constate chez chacun d'eux une violente et brusque inflammation des voies digestives, avec atteinte sur les centres nerveux, principalement chez le n° 2, VIII... où elle est plus profonde. Chez cet homme (Benoît), elle dure encore à l'heure actuelle et détermine des accidents semblables à ceux du début d'une myélite infectieuse.

Les symptômes présentés par ces quatre malades pourraient se grouper de manière à reconstituer le tableau d'une cholérine ou d'une inflammation gastro-intestinale suraiguë s'il n'y avait lieu d'objecter à cette manière de voir :

La durée de la maladie;

La longueur de la convalescence;

Enfin et surtout l'atteinte aux centres nerveux qui indique bien qu'il ne s'agit pas d'une affection purement locale, mais d'un agent infectieux ayant porté son action sur toute l'économie.

Quant aux boutons remarquables sur le corps des n^{os} 1 X, 2 VIII et 3 VIII, il résulte de ce qui précède :

Que le n^o 1 X a eu une éruption d'urticaire ;

Que les n^{os} 2 VIII et 3 VIII présentent encore des traces d'une éruption vésiculeuse sans gravité aucune.

D. *Conclusions.* — 1^o Du fait que les quatre personnes ci-dessus nommées ont été frappées en pleine santé, après avoir toutes quatre mangé d'un pâté ayant la même provenance, on peut légitimement conclure que la cause des accidents qu'elles ont présentés est due à l'ingestion d'une même viande malsaine, étant données la nature des accidents qu'elles ont présentés, leur durée, leur marche et leur localisation spéciale. Le fait que les dits accidents ont varié quant à leur intensité et quant au temps qui s'est écoulé entre leur apparition et l'ingestion de viande malsaine, n'a pas d'importance en l'espèce ; car le degré de résistance à l'action des poisons organiques, toxines ou ptomaines, est un phénomène purement individuel.

2^o D'autre part, il est certain qu'une ingestion de viande malsaine a pu déterminer cette éruption de boutons.

Le 17 septembre 1895.

Il nous reste, pour terminer cette longue étude, à préciser encore quelques points secondaires.

D'après les déclarations de la femme Z..., le lard contenu dans le premier saloir était constitué par la viande du porc tué le 14 juillet et salé le 15 ; le lard contenu dans le deuxième saloir était constitué, pour une partie, par la viande d'un porc tué le 2 juillet et salé le 3 ; pour l'autre partie, par la viande du porc précédent.

Les tripes étaient conservées dans le sel depuis une époque indéterminée.

Le mélange employé pour la salure était ainsi composé :

Sel gris 7^{kil},500^{gr} }
Salpêtre 0^{kil},500^{gr} } pour 20 kilos de viande.

Les croisures, côtelettes et filets furent vendus à l'état frais.

Bien que la bactérie de la pneumo-entérite soit surtout abondante au sein des lésions spécifiques et dans les produits souillés à leur contact, il est parfaitement admissible que ces viandes aient été souillées au moment de l'abattage par les viscères portant des lésions ; et l'expérience a appris que le salage n'empêchait pas la culture et la prolifération de la bactérie sur la viande. De plus, le salage était pratiqué seulement vingt-quatre heures environ après la mise à mort.

Il est bien certain, d'autre part, que dans cette région de D... où depuis le mois de février, sévissait une épidémie de pneumo-entérite infectieuse, une promiscuité complète existait entre les animaux sains et malades, les viandes et abats des uns et des autres, et que personne n'a songé à faire procéder à un examen attentif et approfondi des animaux. Dans de semblables conditions, la seule chose qui puisse surprendre, c'est que les ravages de l'épidémie n'aient pas été beaucoup plus considérables, tant au point de vue de la mortalité du bétail qu'au point de vue des accidents, parfois très graves, puisqu'il y a eu des morts, que l'ingestion de ces viandes contaminées pouvait amener chez l'homme.

L'explosion des accidents plus ou moins graves observés chez les personnes qui ont ingéré des aliments (lard, pâté de porc, etc.) provenant de chez Z..., montre également que ces produits n'ont pas été portés, dans toute leur masse, à une température suffisante pour détruire la bactérie infectieuse, bien que cependant une part de ces accidents puisse et doive être mise sur le compte des toxines sécrétées par le cocco-bacille, au cours de sa pullulation dans les divers organes. Mais, si l'on tient compte de la quantité de substance alimentaire ingérée, ces toxines seules nous paraissent insuffisantes à expliquer la violence et la gravité de la plupart des accidents.

Dans son étude de la *Swinpest* (appellation suédoise de la pneumo-entérite infectieuse) M. Sélander signale, en effet, la résistance toute particulière à la chaleur des bactéries inclu-

ses dans les centres de petits caillots, et il ajoute que si un chauffage de quarante minutes à la température de 54 degrés suffit à tuer les bactéries, il faut, pour avoir toute certitude à cet égard, prolonger, durant une heure au moins, le chauffage à la température de 58 degrés.

Enfin, l'ingestion des aliments infectés a eu lieu un temps relativement court après la mort des animaux, ce qui peut expliquer l'énergique conservation de la virulence, la soudaineté et la gravité des accidents survenus chez les personnes qui ont fait usage, dans les journées des 14 juillet et jours suivants, d'aliments préparés à l'aide des organes du porc tué dans la nuit du 13 au 14 vers 5 heures du matin ou d'un autre porc tué le 2 juillet.

Insistons encore ici sur ce fait, déjà bien mis en évidence par M. E..., que seules les personnes ayant fait usage de la charcuterie de Z..., éprouvèrent des accidents et que tous ces accidents furent identiques.

Conclusions. — 1° Les recherches toxicologiques ont permis de démontrer que le lard et les tripes provenant de chez Z... ne renfermaient, en quantité pondérable, aucune substance toxique, minérale, végétale ou animale.

2° Les déjections de IX... et de VIII... ne renfermaient également aucune substance toxique des mêmes groupes.

3° La présence dans le lard, et les tripes surtout, de substances toxiques d'origine microbienne est certaine, mais surtout prouvée par les recherches bactériologiques.

4° L'examen microbiologique a permis d'en isoler une bactérie spéciale qui a été identifiée, après expérimentation physiologique répétée, avec le *Coccobacillus suinum* de M. Metchnikoff, bactérie spécifique de la pneumo-entérite infectieuse des porcs.

5° Les renseignements recueillis sur notre demande par M. le juge d'instruction de D..., les symptômes observés sur les animaux malades, l'évolution et la durée de la maladie, concordent exactement avec les faits précédents.

6° Les accidents étudiés en détail dans les rapports de

MM. les Dr^s E... et G.... sont bien attribuables à une seule et même cause et doivent être rapportés à l'ingestion de substances alimentaires rendues toxiques, tant par la présence des produits élaborés par la bactérie pendant sa pullulation, que par cette bactérie elle-même.

7° La preuve de la présence de la bactérie spécifique de la pneumo-entérite infectieuse n'a pu être faite dans les déjections des deux malades ; mais il importe de remarquer que nous y avons constaté la présence du *Colibacille* très virulent. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas aventuré de dire que cette virulence du colibacille, qui existe d'une façon banale et à l'état non virulent dans l'intestin de l'homme sain, a pu être déterminée par l'association du *Coccobacillus suinum* pullulant dans l'intestin après ingestion des aliments dans lesquels la présence de cette dernière bactérie ne saurait être mise en doute.

DOCUMENTS ANNEXÉS

Détails de l'expérimentation physiologique.

Cobaye 1. — Bouillonensemencé avec le lard du 1^{er} saloir (morceau prélevé au centre de la masse) et ayant 6 jours d'étuve. Injection intra-péritonéale de 5 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
436	Injection à.....	3.00	38.2	»
	Après 1/4 d'heure.....	3.15	37.9	—0.3
	— 1/2 —	3.30	37.8	—0.4
	— 1 —	4.00	37.1	—1.1
	— 2 —	5.00	34.8	—3.4
	— 3 —	6.00	33.4	—4.8
430	— 4 —	7.00	31.8	—6.4
428	Mort dans la nuit du 1 ^{er} au 2 ^e jour.			

Autopsie. — Les seules lésions qu'on remarque sont les suivantes :

Congestion pulmonaire intense.

Congestion cardiaque (le cœur est énormément dilaté, tous les vaisseaux fortement injectés et les oreillettes et ventricules gorgés de sang coagulé).

Cobaye 2. — Bouillon ensemencé avec le lard du 1^{er} saloir et ayant 11 jours d'étuve.

Injection sous-cutanée (cuisse) de 0^{es},3 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
332	Injection à.....	10.10	38.0	»
	Après 1/4 d'heure.....	10.25	37.7	—0.3
	— 1/2 —	10.40	37.4	—0.6
	— 1 —	11.10	38.4	+0.4
	— 2 —	12.10	38.3	+0.3
	— 3 —	1.10	37.4	—0.6
	— 4 —	2.10	39.1	+1.1
	— 5 —	3.10	38.8	+0.8
	— 6 —	4.10	38.4	+0.4
327	1 ^{er} jour, soir.....	6.00	38.8	+0.8
312	2 ^e — matin.....	8.00	38.7	+0.7
322	2 ^e — soir.....	6.00	38.7	+0.7
295	3 ^e — matin.....	8.00	38.4	+0.4
300	3 ^e — soir.....	6.00	39.5	+1.5
283	4 ^e — matin.....	8.00	38.9	+0.9
275	4 ^e — soir.....	6.00	37.2	—0.8
269	Mort dans la nuit du 4 ^e au 5 ^e jour.			

Autopsie. — Septicémie caractéristique.

Cobaye 3. — Bouillon ensemencé avec le lard du 1^{er} saloir et ayant 11 jours d'étuve.

Injection intra-péritonéale de 1/4 de centimètre cube.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
301	Injection à.....	10.20	37.8	»
	Après 1/4 d'heure.....	10.35	36.1	—1.7
	— 1/2 —	10.50	36.2	—6.0
	— 1 —	11.20	36.1	—1.7
	— 2 —	12.20	36.8	—1.0
	— 3 —	1.20	36.3	—1.5
	— 4 —	2.20	37.0	—0.8
	— 5 —	3.20	36.8	—1.0
	— 6 —	4.20	36.1	—1.7
293	— 7 —	5.20	38.5	—1.3
283	2 ^e jour matin.....	8.00	33.2	—4.6
282	2 ^e — midi.....	12.00	31.2	—6.6
	Mort le 2 ^e jour à 3 heures de l'après-midi.			

Autopsie. — Appareil digestif : inflammation vive sur la grande courbure de l'estomac; congestion intense de l'intestin grêle : extravasations sanguines, contenu intestinal sanguinolent, plaques de

Peyer gonflées. Enduit jaunâtre ressemblant à du pus à la surface des intestins.

Sérosité péritonéale.

Rate, reins : pâles.

Foie pâle, cirieux, recouvert en grande partie d'une enveloppe grisâtre ; pigmentations sanguines sur le lobe supérieur.

Sérosité pleurale.

Congestion intense des poumons.

Cobaye 4. — Bouillonensemencé avec le lard du 1^{er} saloir et ayant 16 jours d'étuve.

Injection intra-péritonéale de 2 gouttes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
380	Injection à.....	11.10	38.0	"
	Après 1/4 d'heure.....	11.25	37.8	—0.2
	— 1/2 —.....	11.40	37.9	—0.1
	— 1 —.....	12.10	38.6	+0.6
	— 2 —.....	1.10	38.3	+0.3
	— 3 —.....	2.10	38.7	+0.7
	— 4 —.....	3.10	38.4	+0.4
	— 5 —.....	4.10	37.5	—0.5
312	— 6 —.....	5.10	37.0	—1.0
312	2 ^e jour, matin.....	8.00	39.3	+1.3
306	2 ^e — soir.....	6.00	39.7	+1.7
292	4 ^e — matin.....	8.00	39.4	+1.4
287	4 ^e — soir.....	6.00	40.0	+2.0
277	5 ^e — matin.....	8.00	36.1	—1.9
275	Mort le 5 ^e jour à 4 heures de l'après-midi.			

Autopsie. — Grande quantité de sérosité péritonéale sanguinolente.

Appareil digestif faiblement congestionné. Contenu de l'intestin fluide.

Reins congestionnés : suffusions sanguines à l'ouverture.

Rate énormément dilatée (presque trois fois son volume normal), violacée.

Foie granuleux, rouge foncé.

Poumons légèrement congestionnés.

Taches ecchymotiques à la surface du muscle cardiaque : fibrine dans les deux ventricules.

Sérosité pleurale et péricardique.

Cobaye 5. — Bouillonensemencé avec le lard du 1^{er} saloir et ayant 24 jours d'étuve.

Injection sous-cutanée (cuisse) de 2 gouttes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
352	Injection à.....	2.30	38.6	»
	Après 1/4 d'heure.....	2.45	38.6	0
	— 1/2 —	3.00	38.9	+0.3
	— 1 —	3.30	38.6	0
	— 2 —	4.30	39.7	+1.1
	— 3 —	5.30	39.3	+0.7
345	— 4 —	6.30	39.3	+0.7
340	2 ^e jour matin.....	8.00	39.5	+0.9
350	2 ^e — soir.....	6.00	39.3	+0.7
342	3 ^e — matin.....	8.00	38.6	0
340	3 ^e — soir.....	6.00	38.4	-0.2
337	4 ^e — matin.....	8.00	38.0	-0.6
338	4 ^e — soir.....	6.00	38.5	-0.1
338	5 ^e — matin.....	8.00	38.8	+0.2
338	5 ^e — soir.....	6.00	38.1	-0.5
342	6 ^e — matin.....	8.00	38.3	-0.3
347	6 ^e — soir.....	6.00	38.2	-0.4
345	7 ^e — matin (1).....	8.00	38.2	-0.4
352	8 ^e — matin.....	8.00	38.1	-0.5
350	8 ^e — soir.....	6.00	38.4	-0.2
336	9 ^e — matin.....	8.00	38.2	-0.4
333	9 ^e — soir.....	6.00	38.2	-0.4
335	10 ^e — matin.....	8.00	38.0	-0.6
352	10 ^e — soir.....	6.00	38.3	-0.3

Le cobaye est complètement rétabli.

Le cobaye est complètement rétabli.

Cobaye 6. — Bouillon ensemencé avec la rate du cobaye 4 et ayant 18 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
572	Injection à.....	4.15	38.5	»
	Après 1/4 d'heure.....	4.30	36.6	-1.9
	— 1/2 —	4.45	35.7	-2.8
	— 1 —	5.15	35.4	-3.1
	— 2 —	6.15	35.9	-2.6
	— 3 —	7.15	36.4	-2.1
	— 4 —	8.15	36.0	-2.5
	— 5 —	9.15	35.1	-3.4
	— 6 —	10.15	34.5	-4.0
545	Mort dans la nuit du 1 ^{er} au 2 ^e jour.			

Autopsie. — Sérosités péritonéale, pleurale, péricardique.

Congestion intense du péritoine, du mésentère, du pancréas, de l'intestin grêle.

(1) Phlegmon douloureux dans la région inoculée.

Dépôts blanchâtres sur les intestins.

Reins congestionnés, suffusions sanguines à l'ouverture.

Foie granuleux, recouvert en grande partie d'une enveloppe grisâtre.

Congestions pulmonaire et cardiaque.

Cobaye 7. — Bouillonensemencé avec la rate du cobaye 4 et ayant 18 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection sous-cutanée (cuisse) de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
454	Injection à.....	4.17	38.0	»
	Après 1/4 d'heure.....	4.32	37.4	-0.6
	— 1/2 —.....	4.47	38.2	+0.2
	— 1 —.....	5.17	38.2	+0.2
	— 2 —.....	6.17	39.1	+1.1
	— 3 —.....	7.17	38.7	+0.7
	— 4 —.....	8.17	39.0	+1.0
	— 5 —.....	9.17	38.3	+0.3
	— 6 —.....	10.17	38.4	+0.4
435	2 ^e jour, matin.....	8.00	37.7	-0.3
437	2 ^e — soir.....	6.00	38.6	+0.6
430	3 ^e — matin.....	8.00	37.9	-0.1
426	3 ^e — soir.....	6.00	38.4	+0.4
422	Mort dans la nuit du 3 ^e au 4 ^e jour.			

Autopsie. — Œdème gélatiniforme sous-cutané partant de la région de l'inoculation et s'étendant jusque sur le thorax. Désorganisation musculaire intense de la région inoculée et dépôts de substances blanchâtres analogues à du pus.

Gaz dans l'intestin. Hypertrophie des capsules surrénales et de la rate.

Foie rouge et granuleux, parsemé de taches blanchâtres granuleuses dont une de grande dimension et profonde sur le lobe supérieur.

Congestion pulmonaire. Hypertrophie du cœur.

Des examens microscopiques faits sur l'œdème, sur le foie, ont permis de constater la présence d'un gros bacille analogue au B. du charbon, associé au cocco-bacille. Rien dans le sang du cœur.

Cobaye 8. — Bouillonensemencé avec une colonie pure, ne liquéfiant pas la gélatine; prélevée sur les plaques de gélatine faites avec le lard du 1^{er} saloir. Ce bouillon a 10 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 5 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
455	Injection à.....	12.10	37.8	"
	Après 1/4 d'heure.....	12.25	37.5	-0.3
	— 1/2 —	12.40	37.8	0
	— 1 —	1.10	36.8	-1.0
	— 2 —	2.10	36.4	-1.4
	— 3 —	3.10	35.4	-2.4
	— 4 —	4.10	34.5	-3.3
	— 5 —	5.10	33.9	-3.9
453	— 6 —	6.10	33.9	-3.9
448	Mort dans la nuit du 1 ^{er} au 2 ^e jour.			

Autopsie. — Sérosités péritonéale, pleurale, péricardique.

Congestion du péritoine et de l'appareil digestif; plaques de Peyer légèrement indurées et dilatées.

Foie, rate : tuméfiés, recouverts en grande partie d'un enduit caséeux.

Congestions pulmonaire et cardiaque.

Cobaye 9. — Bouillon ensemencé avec une colonie pure, ne liquéfiant pas la gélatine, prélevée sur plaques de gélatine faites avec le lard du 4^{er} saloir. Même bouillon que celui qui a servi au cobaye 8.

Injection intra-péritonéale de 1/2 centimètre cube.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
333	Injection à.....	10.15	38.5	"
	Après 1/4 d'heure.....	10.30	37.7	-0.8
	— 1/2 —	10.45	37.7	-0.8
	— 1 —	11.15	38.0	-0.5
	— 2 —	12.15	36.9	-1.6
	— 3 —	1.15	35.6	-2.9
	— 4 —	2.15	35.7	-2.8
	— 5 —	3.15	35.7	-2.8
332	— 6 —	4.15	35.5	-3.0
320	2 ^e jour, matin.....	8.00	36.8	-1.7
314	2 ^e — soir.....	6.00	38.2	-0.3
298	3 ^e — matin.....	8.00	38.4	-0.1
293	4 ^e — matin.....	8.00	38.1	-0.4
305	4 ^e — soir.....	6.00	38.8	+0.3
304	5 ^e — matin.....	8.00	38.7	+0.2
300	5 ^e — soir.....	6.00	38.7	+0.2
335	6 ^e — matin.....	8.00	38.5	0
335	6 ^e — soir.....	6.00	38.6	+0.1
335	7 ^e — matin.....	8.00	38.6	+0.1
332	7 ^e — soir.....	6.00	38.8	+0.3
340	8 ^e — matin.....	8.00	37.9	-0.6
339	8 ^e — soir.....	6.00	38.3	-0.2
337	9 ^e — matin.....	8.00	38.2	0.3

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
348	9 ^e jour, soir.....	6.00	37.9	—0.6
348	11 ^e — matin.....	8.00	38.3	—0.2
345	11 ^e — soir.....	6.00	38.6	+0.1
332	12 ^e — matin.....	8.00	38.3	—0.2
342	12 ^e — soir.....	6.00	38.7	+0.2
352	13 ^e — matin.....	8.00	38.6	+0.1
340	13 ^e — soir.....	6.00	38.1	—0.1
342	14 ^e — matin.....	8.00	38.0	—0.5
345	14 ^e — soir.....	6.00	38.9	+0.4
347	15 ^e — matin.....	8.00	38.1	—0.4
360	15 ^e — soir.....	6.00	39.0	+0.5

Le cobaye est complètement rétabli.

Cobaye 10. — Bouillon ensemencé avec le lard du 2^e saloir (morceau prélevé dans le centre de la masse) et ayant 6 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 5 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
417	Injection à.....	3.05	37.7	»
	Après 1/4 d'heure.....	3.20	37.3	—0.4
	— 1/2 —	3.35	37.1	—0.6
	— 1 —	4.05	36.5	—1.2
	— 2 —	5.05	36.3	—1.4
	— 3 —	6.05	36.0	—1.7
416	— 4 —	7.05	36.4	—1.3
410	Mort dans la nuit du 1 ^{er} au 2 ^e jour.			

Autopsie. — Les seules lésions qu'on puisse observer sont les suivantes :

Congestion de la muqueuse de l'estomac.

Congestion pulmonaire.

Cobaye 11. — Bouillon ensemencé avec le lard du 2^e saloir (morceau prélevé dans le centre de la masse) et ayant 6 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 1 centimètre cube.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
395	Injection à.....	3.25	38.7	»
	Après 1/4 d'heure.....	3.40	38.5	—0.2
	— 1/2 —	3.55	38.5	—0.2
	— 1 —	4.25	37.9	—0.8
	— 2 —	5.25	36.9	—1.8
	— 3 —	6.25	35.9	—2.8
393	— 4 —	7.25	35.9	—2.8
390	Mort dans la nuit du 1 ^{er} au 2 ^e jour.			

Autopsie. — Sérosité péritonéale. Intestin grêle congestionné. Foie recouvert en grande partie d'un enduit blanchâtre. Congestion pulmonaire, larges ecchymoses pleurales.

Cobaye 12. — Bouillonensemencé avec le lard du 2^e saloir (morceau prélevé dans le centre de la masse) et ayant 6 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection sous-cutanée (cuisse) de 1 centimètre cube.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
447	Injection à.....	3.20	38.7	»
	Après 1/4 d'heure.....	3.35	38.3	—0.4
	— 1/2 —	3.50	38.1	—0.6
	— 1 —	4.20	37.7	—1.0
	— 2 —	5.20	36.9	—1.8
	— 3 —	6.20	36.5	—2.2
442	— 4 —	7.20	37.0	—1.7
425	2 ^e jour, matin.....	8.00	36.0	—2.7
416	2 ^e — soir.....	6.00	35.4	—3.3
408	Mort dans la nuit du 2 ^e au 3 ^e jour.			

Autopsie. — Putréfaction rapide, les poils se détachent par frottement et la peau se déchire facilement. Epanchement sanguin au point d'inoculation.

Congestion du péritoine. Liquide sanguinolent dans l'intestin grêle. Plaques de Peyer gonflées.

Foie décoloré, cireux, parsemé de taches rosées.

Congestion intense des poumons, avec larges ecchymoses.

Cobaye 13. — Bouillonensemencé avec une colonie pure prélevée sur une plaque de gélatine faite avec le lard du 2^e saloir. La colonie ne liquéfie pas la gélatine. Le bouillon a 10 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 5 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
369	Injection à.....	12.00	38.7	»
	Après 1/4 d'heure.....	12.15	38.5	—0.2
	— 1/2 —	12.30	38.4	—0.3
	— 1 —	1.00	37.8	—0.9
	— 2 —	2.00	37.6	—1.1
	— 3 —	3.00	37.9	—0.8
	— 4 —	4.00	37.8	—0.9
	— 5 —	5.00	37.3	—1.4
367	— 6 —	6.00	37.0	—1.7
358	Mort dans la nuit du 1 ^{er} au 2 ^e jour.			

Autopsie. — Sérosités péritonéale, pleurale, péricardique.

Inflammation intense du péritoine et de l'appareil digestif. Suffusions sanguines sur la grande courbure de l'estomac et sur l'intestin grêle. Plaques de Peyer dilatées et un peu dures.

Foie, rate : tuméfiés, recouverts d'enduit cireux, blanchâtre.

Congestion pulmonaire intense.

Cœur dilaté et gorgé de sang coagulé.

Cobaye 14. — Bouillon ensemencé avec une colonie pure, ne liquéfiant pas la gélatine, prélevée sur plaque de gélatine faite avec le lard du 2^e saloir.

Injection intra-péritonéale de 1/2 centimètre cube.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
350	Injection à.....	10.20	38.2	»
	Après 1/4 d'heure.....	10.35	37.9	—0.2
	— 1/2 —	10.50	38.2	+0.1
	— 1 —	11.20	36.9	—1.2
	— 2 —	12.20	36.5	—1.6
	— 3 —	1.20	35.4	—2.7
	— 4 —	2.20	36.2	—1.9
	— 5 —	3.20	34.9	—3.2
342	— 6 —	4.20	35.4	—2.7
337	Mort dans la nuit du 1 ^{er} au 2 ^e jour.			

Autopsie. — Sérosités péritonéale, pleurale, péricardique.

Inflammation du péritoine.

Vessie gorgée d'urine renfermant de l'albumine et des pigments biliaires.

Intestins faiblement congestionnés. Plaques de Peyer gonflées et indurées.

Reins et capsules surrénales congestionnés : suffusions sanguines à la surface et à l'intérieur.

Foie granuleux, recouvert en grande partie d'enduit caséux blanchâtre.

Rate hypertrophiée.

Congestion pulmonaire intense. Hypertrophie du cœur : myocarde fortement injecté.

Cerveau normal.

Cobaye 15. — Bouillon ensemencé avec la sérosité du cobaye 13, ayant 4 jours d'étauve.

Introduction par voie gastro-intestinale de 20 centimètres cubes en 3 jours (avec les aliments).

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
302	État normal.....	9.00	37.8	"
310	1 ^{er} jour soir.....	6.00	38.4	+0.6
296	2 ^e — matin.....	8.00	37.9	+0.1
282	3 ^e — matin.....	8.00	37.3	-0.5
282	3 ^e — soir.....	6.00	38.2	+0.4
273	4 ^e — matin.....	8.00	38.1	+0.3
270	4 ^e — soir.....	6.00	38.1	+0.3
263	5 ^e — matin.....	8.00	37.6	-0.2
280	5 ^e — soir.....	6.00	38.8	+1.0
302	6 ^e — matin.....	8.00	39.0	+1.2
305	6 ^e — soir.....	6.00	39.6	+1.8
298	7 ^e — matin.....	8.00	37.0	-0.8
Mort le 7 ^e jour à 1 heure de l'après-midi.				

Autopsie. — Sérosité péritonéale analogue à de l'eau. Vessie énormément dilatée et gorgée d'urine.

Grosse induration blanchâtre, épaisse et profonde, sur le gros intestin, renfermant au centre un produit blanc (analogue à du pus). Plusieurs petites indurations blanchâtres sur le parcours des intestins.

Foie rouge foncé, granuleux.

Vésicule biliaire dilatée et gorgée de bile.

Rate hypertrophiée.

Reins et capsules surrénales congestionnés, suffusions sanguines à l'ouverture.

Congestion pulmonaire intense.

Cobaye 16. — Bouillon ensemencé avec le sang du cœur du cobaye 14; ayant 4 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
393	Injection à.....	4.20	38.4	"
	Après 1/4 d'heure.....	4.35	38.1	-0.3
	— 1/2 —	4.50	37.9	-0.5
	— 1 —	5.20	38.1	-0.3
	— 2 —	6.20	38.9	+0.5
	— 3 —	7.20	38.7	+0.3
	— 4 —	8.20	38.3	-0.1
	— 5 —	9.20	37.9	-0.5
	— 6 —	10.20	38.1	-0.3
374	2 ^e jour, matin	8.00	36.8	-1.6
370	2 ^e — soir.....	6.00	37.7	-0.7
350	3 ^e — matin.....	8.00	34.6	-3.8
Mort le 3 ^e jour à 1 heure de l'après-midi.				

Autopsie. — Congestion de l'intestin grêle, de l'estomac, des reins. Foie rouge, granuleux.

Congestion pulmonaire très intense.

Sérosité péricardique. Congestion cardiaque.

Cobaye 17. — Bouillon ensemencé avec le sang du cœur du cobaye 14; bouillon ayant 4 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes		Heure.	Température.	Différence.
335	Injection à.....	4.22	38.2	"
	Après 1/4 d'heure.....	4.37	37.7	—0.5
	— 1/2 —	4.52	37.3	—0.9
	— 1 —	5.22	39.4	+1.2
	— 2 —	6.22	39.4	+1.2
	— 3 —	7.22	39.4	+1.2
	— 4 —	8.22	39.0	+0.8
	— 5 —	9.22	38.7	+0.5
	— 6 —	10.22	38.9	+0.7
304	2 ^e jour, matin.....	8.00	38.5	+0.3
300	2 ^e — soir.....	6.00	39.7	+1.5
307	3 ^e — matin.....	8 00	39.4	+1.2
302	3 ^e — soir.....	6.00	40.0	+1.8
290	4 ^e — matin.....	8.00	39.6	+1.4
299	4 ^e — soir....	6.00	39.5	+1.3
272	6 ^e — matin.....	8.00	38.0	—0.2
272	6 ^e — soir.....	6.00	37.1	—1.1
270	Mort dans la nuit du 6 ^e au 7 ^e jour.			

Autopsie. — Désorganisation et tuméfaction du tissu sous-cutané depuis la région inoculée jusqu'au thorax. Cette tuméfaction est complète et profonde dans la cuisse inoculée. Sérosité sous-cutanée sanguinolente. Vessie distendue et gorgée d'urine. Dépôts caséux sur le gros intestin. Hypertrophie des capsules surrénales et de la rate (3 à 4 fois les dimensions normales). Foie granuleux, rouge foncé. Sérosité péricardique. Cœur un peu hypertrophié. Poumons congestionnés.

Cobaye 18. — Bouillon ensemencé avec les tripes (morceau prélevé au centre de la masse), ayant 6 jours d'étuve à 36 degrés. Injection intra-péritonéale de 5 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
463	Injection à.....	10.20	38.5	"
	Après 1/4 d'heure.....	10.35	37.8	—0.7
	— 1/2 —	10.50	37.7	—0.8
	— 1 —	11.20	37.1	—1.4
	— 2 —	12.20	36.5	—2.0

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
	Après 3 heures	1.20	36.3	-2.2
	— 4 —	2.20	36.5	-2.0
	— 5 —	3.20	36.2	-2.3
	— 6 —	4.20	35.9	-2.6
	— 7 —	5.20	35.4	-3.1
	— 8 —	6.20	34.0	-4.5
455	— 9 —	7.20	33.8	-4.7
453	Mort dans la nuit du 1 ^{er} au 2 ^e jour.			

Autopsie. — Appareil digestif: inflammation intense, les intestins renferment un liquide sanguinolent, visqueux, et des gaz. Les plaques de Peyer sont gonflées et rougeâtres.

Foie recouvert en grande partie d'un enduit blanc grisâtre.

Poumons congestionnés, taches ecchymotiques.

Cœur hypertrophié et gorgé de sang coagulé.

Cobaye 19. — Bouillonensemencé avec une colonie pure, ne liquéfiant pas la gélatine, prélevée sur plaque de gélatine, faite avec les tripes. Ce bouillon a 10 jours d'étuve.

Injection intra-péritonéale de 5 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
384	Injection à	1.40	38.6	"
	Après 1/4 d'heure	1.55	38.6	0
	— 1/2 —	2.10	38.5	-0.1
	— 1 —	2.40	38.0	-0.6
	— 2 —	3.40	37.1	-1.5
	— 3 —	4.40	37.2	-1.4
	— 4 —	5.40	36.7	-1.9
375	— 5 —	6.40	36.5	-2.1
370	Mort le 2 ^e jour à 8 heures du matin.			

Autopsie. — Sérosités péritonéale, pleurale, péricardique (en petite quantité).

Péritonite. Congestion de l'intestin grêle avec dilatation et légère induration de quelques plaques de Peyer.

Foie, rate : recouverts d'enduits caséux et légèrement tuméfiés.

Congestions pulmonaire et cardiaque.

Cobaye 20. — Bouillonensemencé avec une colonie pure ne liquéfiant pas la gélatine, prélevée sur plaque de gélatine faite avec les tripes.

Injection intra-péritonéale de 1/2 centimètre cube.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
415	Injection à.....	10.25	38.3	»
	Après 1/4 d'heure.....	10.40	36.8	-1.5
	— 1/2 —.....	10.55	36.3	-2.0
	— 1 —.....	11.25	36.2	-2.1
	— 2 —.....	12.25	37.4	-0.9
	— 3 —.....	1.25	37.5	-0.8
	— 4 —.....	2.25	38.0	-0.3
	— 5 —.....	3.25	37.6	-0.7
402	— 6 —.....	4.25	37.7	-0.6
400	2 ^e jour, matin.....	8.00	37.3	-1.0
408	2 ^e — soir.....	6.00	38.4	+0.1
402	3 ^e — matin.....	8.00	37.2	-1.1
398	4 ^e — matin.....	8.00	37.7	-0.6
394	4 ^e — soir.....	6.00	38.1	-0.2
385	5 ^e — matin.....	8.00	38.4	+0.1
377	5 ^e — soir.....	6.00	38.0	-0.3
397	6 ^e — matin.....	8.00	37.7	-0.6
410	6 ^e — soir.....	6.00	38.3	0
400	7 ^e — matin.....	8.00	38.0	-0.3
423	7 ^e — soir.....	6.00	38.5	+0.2
427	8 ^e — matin.....	8.00	38.5	+0.2
425	8 ^e — soir.....	6.00	38.4	+0.1
407	9 ^e — matin.....	8.00	36.0	-2.3
424	9 ^e — soir.....	6.00	38.2	-0.1
415	11 ^e — matin.....	8.00	38.6	+0.3
422	11 ^e — soir.....	6.00	39.1	+0.8
405	12 ^e — matin.....	8.00	39.3	+1.0
419	12 ^e — soir.....	6.00	40.2	+1.9
403	13 ^e — matin.....	8.00	40.1	+1.8
405	13 ^e — soir.....	6.00	40.3	+2.0
395	14 ^e — matin.....	8.00	39.7	+1.4
407	14 ^e — soir.....	6.00	40.1	+1.8
400	15 ^e — matin.....	8.00	39.5	+1.2
415	15 ^e — soir.....	6.00	39.4	+1.1
400	16 ^e — matin.....	8.00	38.8	+0.5

Le cobaye paraît rétabli.

Cobaye 21. — Bouillonensemencé avec une colonie pure, ne liquéfiant pas la gélatine, prélevée sur plaque de gélatine faite avec les tripes.

Injection sous-cutanée de 1/2 centimètre cube.

Poids grammes.		Heure.	Température.	Différence.
377	Injection à.....	10.28	37.9	»
	Après 1/4 d'heure.....	10.43	36.9	-1.0
	— 1/2 —.....	10.58	36.9	-1.0
	— 1 —.....	11.28	37.1	-0.8
	— 2 —.....	12.28	38.4	+0.5
	— 3 —.....	1.28	38.9	+1.0

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
	Après 4 heures	2.28	39.5	+1.6
	— 5 —	3.28	38.4	+0.5
372	— 6 —	4.28	38.0	+0.1
372	2 ^e jour, matin.....	8.00	37.6	—0.3
370	2 ^e — soir.....	6.00	38.4	+0.5
366	3 ^e — matin.....	8.00	37.7	—0.2
358	4 ^e — matin.....	8.00	37.4	—0.5
362	4 ^e — soir.....	6.00	38.3	+0.4
362	5 ^e — matin.....	8.00	38.3	+0.4
362	5 ^e — soir.....	6.00	38.3	+0.4
393	6 ^e — matin.....	8.00	37.8	—0.1
395	6 ^e — soir.....	6.00	38.5	+0.6
389	7 ^e — matin.....	8.00	38.2	+0.3
385	7 ^e — soir.....	6.00	38.3	+0.4
375	8 ^e — matin.....	8.00	37.7	—0.2
370	8 ^e — soir.....	6.00	38.9	+1.0
363	9 ^e — matin.....	8.00	38.1	+0.2
375	9 ^e — soir.....	6.00	38.0	+0.1
395	11 ^e — matin.....	8.00	37.8	—0.1
396	11 ^e — soir.....	6.00	38.5	+0.6
390	12 ^e — matin.....	8.00	38.0	+0.1
400	12 ^e — soir.....	6.00	38.8	+0.9
393	13 ^e — matin.....	8.00	38.5	+0.6
404	13 ^e — soir.....	6.00	38.8	+0.9
397	14 ^e — matin.....	8.00	38.5	+0.6
405	14 ^e — soir.....	6.00	38.6	+0.7
406	15 ^e — matin.....	8.00	38.5	+0.6
415	15 ^e — soir.....	6.00	39.1	+1.2

Le cobaye paraît rétabli.

Cobaye 22. — Bouillonensemencé avec les déjections de VIII...
et ayant 6 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 5 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
352	Injection à.....	10.30	38.8	"
	Après 1/4 d'heure.....	10.45	38.1	—0.7
	— 1/2 —	11.00	37.8	—1.0
	— 1 —	11.30	37.0	—1.8
	— 2 —	12.30	36.3	—2.5
	— 3 —	1.30	34.9	—3.9
	— 4 —	2.30	32.2	—6.6
	— 5 —	3.30	30.2	—8.6
	— 6 —	4.30	30.1	—8.7

Mort le 1^{er} jour à 4^h,35
de l'après-midi.

Autopsie. — Appareil digestif fortement congestionné, principalement l'intestin grêle, qui renferme un liquide sanguinolent.

Poumons décolorés, asphyxiques.

Cœur gorgé de sang coagulé.

Cobaye 23. — Bouillonensemencé avec du lard normal (morceau prélevé à la surface) et ayant 6 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 1 centimètre cube.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
367	Injection à.....	10.50	38.5	»
	Après 1/4 d'heure.....	11.05	36.4	-2.1
	— 1/2 —	11.20	36.3	-2.2
	— 1 —	11.50	36.5	-2.0
	— 2 —	12.50	37.3	-1.2
	— 3 —	1.50	38.1	-0.4
	— 4 —	2.50	37.9	-0.6
	— 5 —	3.50	37.4	-1.1
355	— 6 —	4.50	37.0	-1.5
338	2 ^e jour, matin.....	8.00	36.4	-2.1
331	2 ^e — soir.....	6.00	38.8	+0.3
313	4 ^e — matin.....	8.00	37.7	-0.8
324	4 ^e — soir.....	6.00	39.3	+0.8
320	5 ^e — matin.....	8.00	39.4	+0.9
321	5 ^e — soir.....	6.00	38.3	-0.2
318	6 ^e — matin.....	8.00	38.3	-0.2
317	6 ^e — soir.....	6.00	38.6	+0.1
320	7 ^e — matin.....	8.00	38.6	+0.1
327	7 ^e — soir.....	6.00	39.1	+0.6
330	8 ^e — matin.....	8.00	38.9	+0.4
340	8 ^e — soir.....	6.00	38.9	+0.4
335	9 ^e — matin.....	8.00	38.4	-0.1

Le cobaye est complètement rétabli.

Cobaye 24. — Bouillonensemencé avec du lard normal (morceau prélevé au centre) et ayant 6 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
404	Injection à.....	10.55	38.7	»
	Après 1/4 d'heure.....	11.10	38.7	0
	— 1/2 —	11.25	38.8	+0.1
	— 1 —	11.55	38.9	+0.2
	— 2 —	12.55	39.8	+1.1
	— 3 —	1.55	39.4	+0.7
	— 4 —	2.55	39.2	+0.5
	— 5 —	3.55	38.7	0
390	— 6 —	4.55	38.6	-0.1
396	2 ^e jour, matin.....	8.00	38.7	0
392	2 ^e — soir.....	6.00	39.0	+0.3
397	4 ^e — matin.....	8.00	38.1	-0.6
389	4 ^e — soir.....	6.00	38.8	+0.1
395	5 ^e — matin.....	8.00	38.9	+0.2

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
403	5 ^e jour, soir.....	6.00	38.9	+0.2
402	6 ^e — matin.....	8.00	38.7	0
405	6 ^e — soir.....	6.00	39.0	+0.3
398	7 ^e — matin.....	8.00	39.0	+0.3
413	7 ^e — soir.....	6.00	39.4	+0.7
411	8 ^e — matin... ..	8.00	39.2	+0.5
417	8 ^e — soir.....	6.00	38.9	+0.2
407	9 ^e — matin.....	8.00	38.7	0

Le cobaye est complètement rétabli.

Cobaye 25. — Bouillon ordinaire stérile.

Injection intra-péritonéale de 5 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
405	Injection à.....	10.30	38.1	»
	Après 1/4 d'heure.....	10.45	38.1	0
	— 1/2 —	11.00	38.0	-0.1
	— 1 —	11.30	38.5	+0.4
	— 2 —	12.30	38.3	+0.2
	— 3 —	1.30	36.8	-1.3
	— 4 —	2.30	37.6	-0.5
	— 5 —	3.30	37.7	-0.4
403	— 6 —	4.30	38.0	-0.1
396	2 ^e jour, matin.....	8.00	36.5	-1.6
392	2 ^e — soir.....	6.00	38.0	-0.1
392	3 ^e — matin.....	8.00	37.7	-0.4
387	4 ^e — matin.....	8.00	37.7	-0.4
382	4 ^e — soir.....	6.00	38.5	+0.4
386	5 ^e — matin.....	8.00	38.7	+0.6
383	5 ^e — soir.....	6.00	38.3	+0.2
405	6 ^e — matin.....	8.00	38.1	0
403	6 ^e — soir.....	6.00	38.3	+0.2
401	7 ^e — matin.....	8.00	38.2	+0.1
395	7 ^e — soir.....	6.00	38.3	+0.2
412	8 ^e — matin.....	8.00	38.3	+0.2
416	8 ^e — soir.....	6.00	38.4	+0.3
403	9 ^e — matin.....	8.00	38.3	+0.2

Le cobaye est complètement rétabli.

Cobaye 26. — Bouillon ensemencé avec le sang du cœur du cobaye 14 et ayant 2 jours d'étuve à 36 degrés.

Inoculation par la voie gastro-intestinale de 40 cc. en 17 jours.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
389	État normal.....	2.00	38.0	»
377	1 ^{er} jour, soir.....	6.00	37.7	-0.3
342	3 ^e — matin.....	8.00	37.9	-0.1
336	3 ^e — soir.....	6.00	37.9	-0.1

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
370	4 ^e jour, matin.....	8.00	37.9	-0.1
380	4 ^e — soir.....	6.00	38.2	+0.2
385	5 ^e — matin.....	8.00	37.9	-0.1
395	5 ^e — soir.....	6.00	38.1	+0.1
382	6 ^e — matin.....	8.00	37.9	-0.1
383	6 ^e — soir.....	6.00	38.5	+0.5
358	7 ^e — matin.....	8.00	37.8	-0.2
367	7 ^e — soir.....	6.00	38.7	+0.7
350	8 ^e — matin.....	8.00	39.0	+1.0
360	8 ^e — soir.....	6.00	39.9	+1.9
365	10 ^e — matin.....	8.00	39.3	+1.3
357	10 ^e — soir.....	6.00	39.5	+1.5
347	11 ^e — matin.....	8.00	38.9	+0.9
347	11 ^e — soir.....	6.00	39.0	+1.0
340	12 ^e — matin.....	8.00	38.6	+0.6
340	12 ^e — soir.....	6.00	38.6	+0.6
338	13 ^e — matin.....	8.00	37.8	-0.2
334	13 ^e — soir.....	6.00	38.6	+0.6
327	14 ^e — matin.....	8.00	38.3	+0.3
320	14 ^e — soir.....	6.00	38.3	+0.3
352	15 ^e — matin.....	8.00	38.6	+0.6
363	15 ^e — soir.....	6.00	38.6	+0.6
367	17 ^e — matin.....	8.00	39.0	+1.0

Le cobaye paraît rétabli.

Cobaye 27. — Bouillon ensemencé avec le 3^e passage du sang du cœur du cobaye 14 et ayant 39 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
290	Injection.....	11.00	37.7	»
	Après 1/4 d'heure.....	11.15	36.5	-1.2
	— 1/2 —	11.30	37.0	-0.7
	— 1 —	12.00	36.0	-1.7
	— 2 —	1.00	34.3	-3.4
	— 3 —	2.00	35.1	-2.6
	— 4 —	3.00	36.4	-1.3
	— 5 —	4.00	36.6	-1.1
285	— 6 —	5.00	37.5	-0.2
286	2 ^e jour, matin.....	8.00	37.7	0
300	2 ^e — soir.....	6.00	38.2	+0.5
277	3 ^e — matin.....	8.00	37.3	-0.4
301	3 ^e — soir.....	6.00	37.8	+0.1
306	4 ^e — matin.....	8.00	37.7	0
294	4 ^e — soir.....	6.00	37.4	-0.3
322	6 ^e — matin.....	8.00	37.6	-0.1
340	8 ^e — matin.....	8.00	37.6	-0.1
326	8 ^e — soir.....	6.00	38.4	+0.7
331	9 ^e — matin.....	8.00	36.7	-1.0
339	9 ^e — soir.....	6.00	38.7	+1.0

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
350	10 ^e jour, matin.....	8.00	37.7	0
352	10 ^e — soir.....	6.00	38.3	+0.6
380	11 ^e — matin.....	8.00	37.9	+0.2
378	11 ^e — soir.....	6.00	38.1	+0.4
348	12 ^e — matin.....	8.00	38.4	+0.7
347	12 ^e — soir.....	6.00	38.5	+0.8
365	13 ^e — matin.....	8.00	37.9	+0.2
365	13 ^e — soir.....	6.00	38.5	+0.8
380	15 ^e — matin.....	8.00	38.1	+0.4
378	15 ^e — soir.....	6.00	38.4	+0.7
375	16 ^e — matin.....	8.00	37.8	+0.1

Le cobaye paraît rétabli.

Cobaye 28. — Bouillon ensemencé avec le 23^e passage du sang du cobaye 14 et ayant 12 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
330	Injection à.....	11.05	37.2	»
	Après 1/4 d'heure.....	11.20	37.1	—0.1
	— 1/2 —	11.35	35.8	—1.4
	— 1 —	12.05	?	?
	— 2 —	1.05	32.9	—4.3
	— 3 —	2.05	33.3	—3.9
	— 4 —	3.05	33.0	—4.2
	— 5 —	4.05	33.4	—3.8
320	— 6 —	5.05	34.1	—3.1
317	Mort dans la nuit du 1 ^{er} au 2 ^e jour.			

Autopsie. — Inflammation des intestins, et surtout de l'intestin grêle.

Congestion pulmonaire intense.

Congestion cardiaque.

Cobaye 29. — Sérum de bœuf ensemencé avec le 16^e passage du sang du cœur du cobaye 14 et ayant 21 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection intra-péritonéale de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
396	Injection à.....	11.15	37.7	»
	Après 1/4 d'heure.....	11.30	38.1	+0.4
	— 1/2 —	11.45	38.3	+0.6
	— 1 —	12.15	38.4	+0.7
	— 2 —	1.15	37.4	—0.3
	— 3 —	2.15	37.1	—0.6
	— 4 —	3.15	37.1	—0.6
	— 5 —	4.15	35.2	—2.5

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
387	Après 6 heures.....	5.15	34.9	—2.8
380	2 ^e jour, matin.....	8.00	30.5	—7.2
379	2 ^e — soir.....	6.80	30.7	—7.0
375	Mort dans la nuit du 2 ^e au 3 ^e jour.			

Autopsie. — Congestions pulmonaire et cardiaque.

Cobaye 30. — Sérum de bœuf stérile.

Injection intra-péritonéale de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
323	Injection à.....	11.10	37.2	»
	Après 1/4 d'heure.....	11.25	36.3	—0.9
	— 1/2 —.....	11.40	36.8	—0.4
	— 1 —.....	12.10	37.5	+0.3
	— 2 —.....	1.10	38.1	+0.9
	— 3 —.....	2.10	37.8	+0.6
	— 4 —.....	3.10	37.5	+0.3
	— 5 —.....	4.10	37.5	+0.3
316	— 6 —.....	5.10	38.6	+1.4
332	2 ^e jour, matin.....	8.00	37.9	+0.7
348	2 ^e — soir.....	6.00	37.7	+0.5
318	3 ^e — matin.....	8.00	36.5	—0.7
337	3 ^e — soir.....	6.00	37.3	+0.1
302	4 ^e — matin.....	8.00	37.3	+0.1
302	4 ^e — soir.....	6.00	37.1	—0.1
358	6 ^e — matin.....	8.00	37.5	+0.3
365	8 ^e — matin.....	8.00	37.9	+0.7
360	8 ^e — soir.....	6.00	37.6	+0.4
351	9 ^e — matin.....	8.00	37.2	0
365	9 ^e — soir.....	6.00	38.2	+1.0
355	10 ^e — matin.....	8.00	37.3	+0.1
370	10 ^e — soir.....	6.00	37.9	+0.7
400	11 ^e — matin.....	8.00	38.1	+0.9
395	11 ^e — soir.....	6.00	38.0	+0.8
370	12 ^e — matin.....	8.00	37.6	+0.4
372	12 ^e — soir.....	6.00	37.5	+0.3
387	13 ^e — matin.....	8.00	37.3	+0.1
401	13 ^e — soir.....	6.00	38.0	+0.8
410	15 ^e — matin.....	8.00	37.3	+0.1
402	15 ^e — soir.....	6.00	38.2	+1.0
400	16 ^e — matin.....	8.00	37.4	+0.2

Le cobaye est normal.

Cobaye 31. — Bouillons des passages du sang du cœur du cobaye 14 réunis et stérilisés à l'autoclave.

Injection intra-péritonéale de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
422	Injection à.....	11.30	37.7	"
	Après 1/4 d'heure.....	11.45	37.7	0
	— 1/2 —	12.00	38.5	+0.8
	— 1 —	12.30	38.3	+0.6
	— 2 —	1.30	37.2	-0.5
	— 3 —	2.30	37.1	-0.6
	— 4 —	3.30	38.1	+0.4
	— 5 —	4.30	37.8	+0.1
416	— 6 —	5.30	38.3	+0.6
433	2 ^e jour, matin.....	8.00	36.8	-0.9
441	2 ^e — soir.....	6.00	37.9	+0.2
388	3 ^e — matin.....	8.00	37.8	+0.1
413	3 ^e — soir.....	6.00	37.9	+0.2
388	4 ^e — matin.....	8.00	37.9	+0.2
395	4 ^e — soir.....	6.00	37.5	-0.2
413	6 ^e — matin.....	8.00	40.2	+2.5
362	8 ^e — matin.....	8.00	40.1	+2.4
353	8 ^e — soir.....	6.00	39.2	+1.5
343	9 ^e — matin.....	8.00	39.2	+1.5
345	9 ^e — soir.....	6.00	39.6	+1.9
335	10 ^e — matin.....	8.00	39.3	+1.6
329	10 ^e — soir.....	6.00	38.7	+1.0
310	11 ^e — matin.....	8.00	34.7	-3.0
300	Mort le 11 ^e jour à 11 heures du matin.			

Autopsie. — Pas de sérosité péritonéale. Intestins altérés, surtout l'intestin grêle qui est rouge et se déchire facilement: il est gorgé de liquide jaunâtre et de gaz. Quelques plaques de Peyer sont gonflées et dures. Le pancréas est congestionné. L'estomac est vide. La rate est énormément dilatée et ferme; elle est moins foncée que normalement. Les reins sont sanguinolents à la coupe.

Le foie est dilaté, rouge sang, granuleux, ferme.

Les poumons sont pâles à la surface, mais congestionnés à l'intérieur; à la coupe, il s'écoule du sang. Sérosité intra-péricardique. Caillots de fibrine dans les oreillettes qui sont gorgées de sang. Les ventricules sont vides.

Cobaye 32. — Sérum de bœuf ensemencé avec le 16^e passage du sang du cœur du cobaye 14 et ayant 21 jours d'étuve à 36 degrés.

Injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes.

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
296	Injection à.....	11.18	37.7	"
	Après 1/4 d'heure.....	11.33	37.4	-0.3
	— 1/2 —	11.48	38.7	+1.0
	— 1 —	12.18	39.3	+1.6
	— 2 —	1.18	38.7	+1.0

Poids en grammes.		Heure.	Température.	Différence.
	Après 3 heures	2.18	38.6	+0.9
	— 4 —	3.18	37.9	+0.2
	— 5 —	4.18	37.6	-0.1
283	— 6 —	5.18	38.2	+0.5
306	2 ^e jour, matin	8.00	38.2	+0.5
310	2 ^e — soir	6.00	39.5	+1.9
290	3 ^e — matin	8.00	38.1	+0.4
314	3 ^e — soir	6.00	38.9	+1.2
283	4 ^e — matin	8.00	39.6	+1.8
284	4 ^e — soir	6.00	38.3	+0.6
300	6 ^e — matin	8.00	38.6	+0.9
327	8 ^e — matin	8.00	38.0	+0.3
367	8 ^e — soir	6.00	38.2	+0.5
313	9 ^e — matin	8.00	38.5	+0.8
342	9 ^e — soir	6.00	38.8	+1.1
330	10 ^e — matin	8.00	38.4	+0.7
341	10 ^e — soir	6.00	38.1	+0.4
337	11 ^e — matin (1)	8.00	37.8	+0.1
337	11 ^e — soir	6.00	37.4	-0.3
315	12 ^e — matin	8.00	37.9	+0.2
328	12 ^e — soir	6.00	38.7	+1.0
320	13 ^e — matin	8.00	38.2	+0.5
342	13 ^e — soir	6.00	38.1	+0.4
345	15 ^e — matin	8.00	37.8	+0.1
350	15 ^e — soir	6.00	38.2	+0.5
355	16 ^e — matin	8.00	37.8	+0.1

Le cobaye paraît revenu à l'état normal, sauf une induration assez étendue dans la région de l'injection.

(1) Paralysie de tout le train postérieur.

SÉANCE DU 8 MARS 1897.

Présidence de M. BENOIST.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Le secrétaire général dépose sur le bureau une brochure sous le titre de : *L'affaire de Malaunay, une erreur judiciaire*, par MM. les experts Renard et Pennetier, de Rouen.

Il est procédé à l'élection de deux membres titulaires dans la section de Médecine.

M. le Dr PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux, et M. le Dr THOINOT, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, sont élus membres titulaires de la Société de médecine légale.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET MÉDICO-LÉGALES
SUR L'AMNÉSIE RÉTROGRADE DANS L'ÉPILEPSIE

Par le Dr J. Séglas,

Médecin suppléant de la Salpêtrière, expert près les tribunaux.

Parmi les différents éléments d'appréciation des actes en rapport avec la crise épileptique, il en est deux auxquels, à juste titre, on attache une grande importance : c'est l'*inconscience* qui a accompagné l'exécution de l'acte et l'*amnésie* consécutive.

Or, les deux critères, si excellents qu'ils puissent être, sont toutefois, l'un comme l'autre, sujets à de nombreuses variations.

En ce qui concerne l'inconscience, il est un fait prouvé aujourd'hui par de nombreuses observations : si, dans certains cas, elle peut être réelle et absolue, dans d'autres, elle reste incomplète ; et les malades, en état de crise, voient, entendent, conversent, se dirigent, exécutent différents actes combinés, et en un mot donnent les signes d'un degré plus ou moins accentué d'activité mentale consciente.

Si les différentes modalités des troubles de la conscience ont été jusqu'à un certain point élucidées, il n'en est pas de même des variations de l'amnésie consécutive.

On se borne généralement à dire qu'elle peut être, comme l'inconscience (avec laquelle on la met souvent en rapport), complète ou incomplète, et que son principal caractère est de porter sur la phase épileptique elle-même, de commencer et de prendre fin avec elle.

Or, il n'en est pas toujours ainsi ; et l'on peut rencontrer des cas dans lesquels certains actes antérieurs à l'ictus, combinés et exécutés en toute connaissance de cause, sont compris cependant dans l'amnésie consécutive à l'ictus et lui

impriment ainsi un caractère *rétrograde* des plus nets.

Je n'envisagerai ici que les cas dans lesquels cette amnésie *rétrograde* se rattache directement à l'épilepsie, laissant de côté ceux dans lesquels on pourrait invoquer l'intervention d'autres facteurs, tels que le traumatisme, l'alcoolisme, pour expliquer à la fois le syndrome comitial et la forme particulière de l'amnésie.

En voici deux exemples. Bien qu'ils ne soient pas des cas médico-légaux, j'espère qu'ils pourront cependant offrir quelque intérêt pour la Société en raison même des conséquences qu'on en peut déduire au point de vue médico-légal.

Le premier concerne un jeune homme de vingt-huit ans, dont le père était buveur, la mère très nerveuse, très émotive, assez mal équilibrée, bien que très intelligente. Lui-même a toujours fait preuve d'une intelligence bien développée; son enfance s'est passée sans accidents particuliers, et ce n'est que vers l'âge de quatorze ans, étant au lycée, qu'il eut une première attaque de caractère nettement épileptique. D'autres survinrent ensuite, très rares jusqu'à l'âge de vingt-trois ou vingt-quatre ans. A ce moment, elles devinrent plus fréquentes, se présentant une fois par mois, rarement deux fois. Le malade fut alors soumis à un traitement bromuré régulier et les crises s'espacèrent de nouveau. Jusque-là, elles n'ont pas eu de retentissement sur le niveau général des facultés intellectuelles : le caractère est seulement devenu plus vif, plus emporté. Pas d'alcoolisme, pas de stigmates hystériques, pas de traces de syphilis.

Voici dans quelles circonstances j'ai pu observer chez ce malade le caractère *rétrograde* de l'amnésie post-épileptique :

Un jour, vers midi et demi, il déjeunait assis en face de sa mère et causant avec elle. Il semblait être, jusque-là, dans son état habituel, lorsque au milieu du repas il s'interrompt au cours d'une phrase; sa mère tout étonnée le regarde, s'aperçoit qu'il pâlit, que ses yeux deviennent hagards, et le voit tout d'un coup frapper violemment le bord de la table

avec le couteau qu'il tenait à la main. Le couteau glisse, déchire le pantalon et fait à la cuisse droite une estafilade assez longue, mais superficielle. Le malade tombe à terre, est pris de convulsions toniques, de secousses dans les membres : une mousse sanguinolente sort de sa bouche, il urine dans son pantalon, puis très rapidement tombe dans le coma épileptique.

Il ne commence à revenir à lui qu'une grande heure après, mais ne retrouve à peu près complètement sa connaissance que vers la fin de l'après-midi.

A ce moment, il n'a gardé aucun souvenir de son accès, mais, de plus, ne se rappelle absolument rien des événements de la matinée qui l'a précédé. Il avait alors rangé des livres dans sa bibliothèque, écrit quelques lettres et était sorti faire diverses courses. De tout cela, il ne restait aucune trace dans sa mémoire.

On n'attachait pas, dès l'abord, à ce détail toute l'importance qu'il méritait, pensant tout simplement que le malade n'était pas encore complètement revenu à lui.

Mais le lendemain et les jours suivants il fut bien évident qu'il s'agissait là d'un fait d'amnésie rétrograde, en face de la sincérité du malade, absolument rentré dans son état habituel, raisonnant fort bien sur tout, mais persistant d'ailleurs à nier tout souvenir relatif aux événements de la matinée antérieurs à l'accès, malgré son étonnement en retrouvant ses livres rangés, en constatant le résultat des courses qu'il avait faites.

J'ajoute que, dans les précédents accès, ni le malade, ni sa mère n'avaient constaté de phénomènes analogues. Et je les ai crus d'autant plus volontiers que c'est justement là ce qui les avait déterminés à me demander mon avis.

Voici un second exemple que j'ai vu se dérouler sous mes yeux, et dans lequel j'ai pu saisir sur le fait et observer directement l'amnésie rétrograde :

Il s'agit d'une malade de la Salpêtrière, âgée de cinquante-huit ans, atteinte d'épilepsie tardive.

En effet, d'après les renseignements qu'elle donne et que je crois exacts (car elle paraît très sincère et sa mémoire, sauf en ce qui concerne les détails des crises, semble bien conservée), elle n'aurait ses « étourdissements » que depuis cinq ans environ.

Voici comment elle les décrit elle-même : « Cela me prend par l'estomac, si j'ai fatigué ou mangé quelque chose de lourd. Alors, cela me travaille dans l'estomac et me remonte aux yeux qui deviennent troubles, et j'ai alors un petit étourdissement, mais c'est si court que je n'ai jamais le temps de perdre connaissance. Je n'ai pas le temps de me retourner que c'est déjà fini. Je me dis : « Tiens ! voilà que cela me « monte aux yeux, je vais avoir un étourdissement », et puis c'est déjà fini. Jamais je n'interromps mon travail pour cela, et je n'ai jamais vu que j'aie fait dans mon travail des bêtises que je ne m'expliquais pas. Je sais bien qu'on a dit qu'il y avait des choses que je ne me rappelais pas, que je me promenais, par exemple, avec une lampe dans les ateliers. Mais je ne me souviens pas de cela, et je crois bien qu'on l'a dit pour me décider à me faire soigner, dans une bonne intention d'ailleurs. Et voilà déjà plus de trois mois, ajouta-t-elle, que je n'ai eu mes étourdissements. »

Or, par un hasard favorable, j'assiste à ce moment même à un de ces étourdissements, et nous allons voir qu'ils diffèrent quelque peu, celui-là au moins, du tableau qu'en fait la malade :

Tout d'un coup, elle ne répond plus aux questions et je la vois alors devenir pâle, puis rouge, l'œil hagard, le regard immobile dans l'espace (il est alors exactement 10 h.) ; grincement de dents pendant une minute à peine. Pendant ce temps, les questions restent absolument sans réponse.

Puis la malade pousse un profond soupir et se livre alors à divers actes automatiques. Elle remue machinalement un campimètre qui se trouve à sa portée. Je le retire, elle se lève pour aller le chercher. Je lui dis de le laisser, elle obéit et se rassied. Puis elle se met à chiffonner sa robe, atteint son

porte-monnaie, l'ouvre et regarde ce qu'il contient. Interrogée sur ce qu'elle fait, elle répond qu'elle ne sait pas pour quoi elle a atteint son porte-monnaie, et que d'ailleurs il n'y a pas grand'chose dedans. Elle le remet dans sa poche, se lève, marche vers la fenêtre, regarde le ciel et dit qu'il va tomber de l'eau.

Pendant tout ce temps, bien que la malade réponde aux questions, obéisse aux ordres qu'on lui donne de se lever, de marcher, de s'asseoir, de prendre tel ou tel objet, elle a l'air manifestement égaré. Ce n'est qu'au bout d'un bon quart d'heure (exactement 10 h. 20) qu'elle revient très vite à son état normal.

Elle n'a gardé alors aucun souvenir de ce qui vient de se passer ; mais, de plus, elle semble très étonnée de se trouver dans le cabinet du médecin, elle me demande ce qu'elle est venue faire ici et ce que je lui veux.

On aurait pu croire, dès l'abord, que la malade n'était encore qu'imparfaitement revenue à elle-même ; mais il n'en est rien. En réalité, il s'agit là d'un caractère particulier, rétrograde, de l'amnésie post-épileptique.

En effet, il est facile de s'assurer que la malade a gardé le souvenir très précis des jours précédents, ses réponses à cet égard sont des plus catégoriques. Elle se rappelle également ce qu'elle a fait depuis son lever, jusqu'à une certaine partie de dominos qu'elle a jouée avec une autre malade, avant la visite, vers 8 heures du matin.

A partir de là, elle ne se souvient plus de rien, ni d'avoir vu passer la visite, ni d'avoir causé avec moi à ce moment, et de m'avoir entendu dire à la surveillante de me la faire amener dans mon cabinet ; elle a oublié totalement y être venue, m'avoir parlé de ses étourdissements ; elle ne se rappelle pas non plus que je l'ai fait déshabiller pour l'ausculter, pour examiner sa sensibilité, que je lui ai pris son champ visuel avec le campimètre, etc.

Chaque fois que je lui pose des questions sur ces différents points elle ne répond que par des dénégations : elle dit

n'être venue dans le cabinet que depuis quelques minutes seulement, ne m'avoir pas vu auparavant, ne m'avoir pas parlé, ni expliqué sa maladie dont elle a seulement entretenu ces jours derniers un autre médecin qui avait des cheveux blancs. Il lui est impossible d'admettre tout ce que je lui raconte, puisqu'elle ne fait que finir à l'instant sa partie de dominos.

Ainsi donc voilà une amnésie consécutive à un ictus épileptique survenu à 10 heures, qui s'étend sur tout le temps écoulé de 8 heures à 10 h. 20, c'est-à-dire sur une durée de deux heures vingt minutes. Et sur cette durée, deux heures appartiennent à la période rétrograde qui se trouve ainsi de beaucoup la plus longue.

Le caractère rétrograde de cette amnésie me paraît indiscutable. La seule objection qu'on pourrait soulever est la suivante : Lorsqu'on dit que l'amnésie comitiale commence et finit avec la période épileptique, on admet ainsi qu'elle peut comprendre à l'occasion la période d'aura prémonitoire de l'ictus.

Elle pourrait ainsi parfois paraître rétrograde sans cependant l'être réellement.

Or je ne crois pas que cette interprétation soit acceptable en ce qui concerne le cas actuel. En interrogeant la malade avant son accès, j'avais pu constater qu'elle était très calme, très lucide, et d'ailleurs alors même qu'elle me signalait justement les différents détails de ses étourdissements, en particulier ce serrement d'estomac qui les précédait, elle ne se plaignait nullement d'en souffrir à ce moment; elle ajoutait même n'en avoir pas eu depuis trois mois : pas un mot dans ses réponses, qui avaient trait justement aux symptômes dont elle souffrait, n'accusait l'apparition prochaine de l'accès dont le début a été absolument subit.

Aussil'amnésie me semble-t-elle bien réellement rétrograde. D'autre part, cette amnésie fut tout aussi permanente et complète pour la période rétrograde que pour la période consécutive à l'ictus. Les jours suivants, il me fut impossible de réveiller aucun des souvenirs de la période amnésique;

même en fournissant à la malade des points de repère. A titre d'exemple, lorsque je lui présentai le campimètre avec lequel j'avais examiné son champ visuel avant l'accès, elle ne reconnut nullement cet instrument, qu'elle dit n'avoir jamais vu et dont elle ne savait nullement se servir. Par la suite, les souvenirs n'ont jamais reparu.

J'ajouterai pour terminer cette observation qu'il n'y avait chez elle aucun trouble de sensibilité générale ou spéciale, que les différents appareils organiques, cœur, artères, reins, estomac, ... étaient en très bon état. Pas d'alcoolisme, ni de syphilis.

D'autre part, sans être d'un niveau particulièrement élevé, elle était assez intelligente pour une femme de sa condition ; il n'y avait nullement trace d'un affaiblissement des facultés intellectuelles et la mémoire en particulier paraissait bien conservée dans son ensemble.

Les observations qui précèdent me semblent bien prouver que l'amnésie épileptique ne porte pas toujours exclusivement sur la période de la crise, mais peut à l'occasion revêtir en même temps un caractère véritablement rétrograde.

Ces faits d'amnésie rétrograde vraie, consécutive à un ictus épileptique, doivent être soigneusement distingués d'un certain nombre d'autres où le caractère rétrograde de l'amnésie n'est qu'apparent.

Par exemple, l'accès convulsif peut être précédé d'une période d'aura délirante, qui se trouve englobée dans l'amnésie consécutive au même titre que les autres manifestations du paroxysme dont elle fait partie : en réalité, l'amnésie reste alors absolument simple.

Il en est de même dans les cas où l'accès convulsif a pu être précédé d'un vertige, sans intervalle suffisant pour permettre au malade de revenir complètement à lui.

Il importe aussi de bien distinguer l'amnésie rétrograde de troubles plus généraux de la conscience dépendant d'un état de confusion post-épileptique.

Il convient enfin de mettre à part certains cas complexes où l'amnésie se présente bien réellement comme rétrograde ;

mais sans que ce caractère puisse être rapporté directement à l'influence de l'ictus épileptique, parce qu'il existe en même temps d'autres facteurs (alcoolisme, traumatisme) pouvant, à l'occasion, intervenir comme causes déterminantes et de l'épilepsie et de l'amnésie rétrograde.

L'amnésie rétrograde vraie, d'origine purement comitiale, est-elle fréquente ? Je ne pourrais me prononcer à cet égard. En tout cas, elle semble avoir attiré bien peu l'attention des observateurs. Dans les traités les plus récents sur l'épilepsie, de Tonnini, de Roncovoni, de Miguel Bombarda, elle n'est même pas signalée. M. J. Voisin se borne à y faire allusion en disant que « lorsqu'il y a amnésie rétrograde, c'est qu'un vertige a précédé l'accès convulsif ».

Savage la mentionne (1).

M. Féré lui consacre les lignes suivantes dans son *Traité des épilepsies* : « L'amnésie présente des variétés très considérables, non seulement quant à sa durée qui varie avec celle de l'accès et de la stupeur, mais quant à sa limite initiale. La plupart des malades conservent le souvenir des prodromes éloignés des phénomènes de l'aura, un bon nombre se souviennent d'avoir senti et vu leur bras se contourner, quelques-uns entendent leur cri. Chez d'autres, au contraire, il existe une amnésie rétroactive comprenant les faits récents. On peut observer chez le même malade, à la suite d'accès différents, plusieurs de ces formes d'amnésie ; l'amnésie rétroactive a paru plusieurs fois en rapport avec l'intensité de la décharge. »

Ajoutons que le même auteur, cherchant à expliquer le mécanisme de l'amnésie épileptique et à déterminer ses rapports avec l'état de la conscience pendant la crise, insiste à plusieurs reprises sur cette idée que « l'amnésie post-paroxystique des épileptiques présente la plus grande analogie avec l'amnésie rétroactive qui se produit quelquefois en conséquence de chocs traumatiques ou moraux ».

(1) Savage, *Insanity and allied neuroses* (p. 214).

De ce que l'amnésie rétrograde post-paroxystique des épileptiques a été peu étudiée, s'en suit-il forcément qu'elle soit rare ? Avant de se prononcer sur ce sujet il serait peut-être prudent d'attendre de nouvelles recherches. Combien de faits, soit disant rares, dont on a reconnu par la suite la fréquence, une fois l'attention attirée sur eux. Il est d'ailleurs à remarquer que l'amnésie rétrograde des épileptiques peut passer inaperçue d'autant plus facilement que le médecin a rarement l'occasion d'observer directement les crises comitiales. Et c'est là justement un point qui me paraît donner quelque valeur aux observations que je viens de citer.

Dans un récent mémoire (1), un auteur allemand, Alzheimer, émet aussi l'opinion que les faits analogues à ceux que nous venons de rapporter ne sont pas rares, mais sont souvent méconnus ou mal interprétés, parce qu'il n'est pas facile de savoir s'il y a réellement amnésie rétrograde, ou si l'amnésie n'est pas due à un état de confusion mentale avec obnubilation de la conscience, pré ou post-épileptique, question qui ne peut être tranchée que par l'observation directe des accidents.

D'après cet auteur, il semblerait aussi que cette amnésie rétrograde par ictus épileptique pourrait n'être que transitoire au lieu d'être permanente comme dans notre second cas. (Pour le premier nous ne pouvons nous prononcer catégoriquement à cet égard, n'ayant pas eu l'occasion de suivre le malade d'assez près ni assez longtemps.)

A côté de ces faits où l'amnésie rétrograde ne comprend qu'une période de temps relativement courte et peut aussi à l'occasion n'avoir qu'une durée assez restreinte, il en est d'autres, certainement plus rares et plus complets, où l'on voit s'exagérer à la fois l'étendue et la durée de l'amnésie rétrograde. Alzheimer en rapporte trois exemples très curieux.

Dans ces observations, l'amnésie rétrograde n'est plus en-

(1) Alzheimer, *Allg. Z. f. Psych.*, LIII, 4, p. 483.

visagée dans ses rapports avec un simple ictus épileptique, mais se produit en conséquence de séries d'accès plus ou moins nombreux et rapprochés.

Ces accès relèvent de l'épilepsie dite idiopathique : cependant, pour la deuxième observation, l'auteur fait quelques réserves en raison des habitudes alcooliques du sujet.

Il est à noter que dans la première observation, les phénomènes amnésiques ne revêtent pas l'aspect classique, habituel de l'amnésie rétrograde : il semble s'agir d'un trouble quelque peu spécial dont le sujet se rend compte et consistant dans la disparition de la mémoire de certaines périodes de la vie antérieure, avec réapparitions soudaines.

Quoi qu'il en soit, l'étendue de la période rétrograde de l'amnésie a été très longue, plus d'un an et demi dans le premier cas, une semaine à peu près dans le second ; pour la troisième, elle peut être évaluée à vingt et quelques jours environ, sa détermination exacte étant difficile parce qu'elle fut entrecoupée de nombreux accès épileptiques avec confusion consécutive.

Dans ces trois cas, l'amnésie était absolue, complète. Elle a persisté dix jours dans le premier cas ; dans le second, dix jours après un accès de confusion consécutif aux attaques et ayant duré lui-même une quinzaine ; dans le troisième, l'amnésie installée après trois ou quatre jours d'accès répétés avec confusion mentale, a duré vingt-deux jours.

Ces différents faits nous montrent combien est complexe la question de l'amnésie épileptique. Bien que purement cliniques, nos observations ne sont pas sans intérêt au point de vue médico-légal, en raison des conséquences qu'on en peut tirer.

Elles prouvent en effet que des actes entrepris et exécutés volontairement en dehors de toute manifestation comitiale, s'accompagnant de toute la conscience que peut comporter l'état mental habituel du sujet, peuvent cependant être oubliés par le fait d'un ou de plusieurs ictus épileptiques survenus pendant ou même après leur exécution.

Indifférents dans certains cas, ces actes peuvent être, à l'occasion, des délits ou même des crimes.

Comme l'amnésie de la période rétrograde, dans laquelle ils se trouveraient compris, peut être (nous l'avons vu par nos observations), complète et permanente, qu'arrivera-t-il si l'on n'est pas en garde ?

A l'interrogatoire le prévenu n'opposera, comme nos malades, que des dénégations. Et alors, comme on ne retrouvera pas dans ces actes le caractère ordinaire des actes épileptiques, automatiques, impulsifs, mais qu'au contraire ils apparaîtront comme réfléchis, combinés, exécutés en connaissance de cause, on pourra penser que le sujet en simule l'amnésie. Ou bien, admettant comme réelle cette amnésie, les actes incriminés seront compris dans la phase épileptique et mis sous sa dépendance, comme dans les cas d'aura délirante, de délire anti-épileptique.

Conclusion aussi erronée que la première, puisque, s'ils ont été oubliés, ces actes, à l'encontre de ceux de la période épileptique, ont été cependant délibérément accomplis.

Aussi nos observations nous montrent-elles combien il faut se tenir en garde lorsqu'il s'agit de considérer si l'exécution de tel ou tel acte est bien en rapport avec une crise épileptique, eût-il même été totalement oublié.

Et en pareil cas, cela prouve pour l'expert la nécessité formelle de s'entourer de tous les renseignements nécessaires, de soumettre au besoin le prévenu à une surveillance attentive et prolongée pour arriver à éviter les causes d'erreur et pouvoir poser des conclusions aussi précises que possible.

M. le D^r CHARPENTIER. On peut rapprocher de ces faits, les phénomènes comparables qu'on observe dans l'éclampsie des femmes en couches où l'amnésie est la règle. Il n'est pas rare de voir des femmes, oublier non seulement d'avoir accouché, mais même d'avoir été enceintes. Cette amnésie est caractérisée par l'oubli de l'état civil. En effet, le plus souvent, les parturientes ne se souviennent ni de leur nom, ni de leur adresse.

J'ai aussi observé une femme, frappée de folie, pendant sa grossesse, et qui, revenue à la raison après l'accouchement, avait aussi

perdu le souvenir de tout ce qui s'était passé pendant la période vésanique.

M. le PRÉSIDENT adresse à M. le Dr Ségla les remerciements de la Société pour l'intéressante communication qu'il a bien voulu lui faire.

La séance est levée à 5 heures.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1897

Présidence de M. BENOIT

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure de M. ZIINO membre correspondant ;

2° Une brochure de M. le Dr CERNÉ ayant pour titre : *L'affaire de Malaunay. Experts et contre-experts*. 2° partie.

M. MOTET. — Messieurs, j'ai reçu de M. Clark Bell, membre associé étranger de la Société de médecine légale, une communication très intéressante ; j'ai l'honneur de vous la présenter en son nom.

Il s'agit d'une enquête ordonnée par A. H. Bowen, officier de police judiciaire du comté de Chautauqua et en même temps directeur du service de santé à Jamestown (New-York), et poursuivie avec un jury, sur les causes de la mort d'un jeune garçon de couleur, survenue dans des circonstances telles que les autorités ont considéré comme de leur devoir de rechercher si le fait d'avoir soumis ce jeune homme à des manœuvres répétées d'hypnotisation par des hypnotiseurs ignorants et imprudents n'avait pas pu causer des accidents mortels.

M. Clark Bell eut la pensée de s'adresser à des hommes d'une haute autorité scientifique et il reçut d'eux des réponses dont je ne puis vous présenter que la conclusion générale : le jeune sujet ayant succombé à l'épuisement diabétique, on avait constaté pendant la vie la présence d'une quantité considérable de sucre dans les urines dont la quantité était augmentée dans de fortes proportions. A l'autopsie, tous les organes à l'exception des reins étaient sains. Pouvait-on invoquer les manœuvres hypnotiques comme cause du diabète ? Les honorables médecins consultés : MM. Thomson, Jay Hudson (de Washington), prof. X. Sudduth (de Chicago), Irving Rosse (de Washington), T. D. Crothers (d'Hartford, Conn.), Henri Halst (Grands Rapides, Michigan), Henry Drayton (de New-York), James R. Cocke (de Boston), prof. C. H. Hugher (de Saint-Louis), prof. Thos. Bassett Keyes (de Chicago), Dr Wingate, M. Sydney Flower, Dr Laidlaw, Dr James T. Searcay, Dr Ancona, etc., répondirent, les uns, qu'il n'était pas possible d'établir une relation directe entre les manœuvres hypnotiques et le diabète,

les autres que des excitations renouvelées du système nerveux, par des procédés aussi imprudents, aussi maladroits que ceux qui avaient été employés, avaient bien pu déterminer des troubles nerveux et vasculaires ayant un retentissement profond sur les reins ; si aucun n'affirma cependant d'une manière absolue la relation de cause à effet, tous furent d'avis qu'il était dangereux de soumettre un jeune homme à de pareilles manœuvres ; M. le prof. Buck, de Cincinnati, dit que ces pratiques devraient être interdites par une loi et frappées de pénalités sévères.

Le verdict du jury se termine par ce vœu :

« Nous demandons que l'État présente une loi prohibant la pratique de l'hypnotisme. »

Nous devons remercier M. Clark Bell, notre collègue, de son intéressante communication, et nous pouvons lui dire que la Société de médecine légale de France est d'avis que la pratique de l'hypnotisme, déjà prohibée dans les représentations publiques, devrait être exclusivement réservée aux seuls médecins avec toute la réserve, toutes les précautions qu'exigent des manœuvres qui ne sont pas toujours sans danger, même sous des mains expérimentées.

— La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de la Société de médecine légale de Bruxelles demandant à la Société de se faire représenter au *Congrès de médecine légale* qui se tiendra dans cette ville au mois d'août prochain.

— La nomination de délégués officiels aura lieu dans la prochaine séance.

— La Société déclare des vacances pour la section des correspondants nationaux dans le ressort des cours d'appel de Poitiers, Aix, Riom, Rennes.

— M. le Dr VALLON fait une communication ayant pour titre : *Tentative d'homicide volontaire par un aliéné persécuté.*

TENTATIVE D'HOMICIDE VOLONTAIRE

PAR UN ALIÉNÉ PERSÉCUTÉ

Par le Dr **Ch. Vallon**,

Médecin de l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine),
expert près les Tribunaux.

Autrefois on décrivait en pathologie mentale une monomanie homicide ; cette prétendue variété d'aliénation a été justement rayée du cadre nosologique ; car l'homicide, on le sait, peut s'observer au cours de toutes les psychoses. Mais, de tous les fous, ceux qui attentent le plus souvent à la vie d'autrui sont, sans contredit, les individus atteints de délire des persécutions ; et cela se conçoit aisément : ces malades croyant avoir à se plaindre de telle ou telle personne cherchent tout naturellement à en tirer vengeance, à s'en débarrasser ; chez eux l'homicide est la conséquence logique des idées délirantes qui les dominent. Le fait que je vais rapporter n'a donc rien d'extraordinaire ; néanmoins il m'a paru digne de vous être soumis en raison de quelques particularités sur lesquelles je désire appeler votre attention.

J'ai été commis récemment pour examiner un boucher d'une cinquantaine d'années, accusé d'une tentative d'homicide volontaire. Robuste et bien développé, B... appartient à une famille où, semble-t-il, il n'y a jamais eu d'aliénés. Cependant sa mère, qui est morte à un âge très avancé, était un peu simple d'esprit ; très dévote et très superstitieuse, quand elle venait à Paris chez son fils et que le soir elle voyait passer des lumières dans les maisons voisines elle croyait que c'était un sorcier de son pays « le faloteux ». Quant au père, il a été emporté par une maladie de poitrine, probablement la tuberculose pulmonaire. Deux frères et une sœur sont en bonne santé.

B... a passé son enfance à la campagne où il aidait ses

parents aux travaux des champs; n'ayant que très peu fréquenté l'école, il sait à peine lire et écrire. Devenu jeune homme, il a appris le métier de boucher et plus tard est venu l'exercer à Paris.

Marié en octobre 1876, il a eu deux enfants : une fille qui est morte en 1895 de tuberculose pulmonaire, dans sa dix-huitième année; un garçon de douze ans qui est bien portant.

Établi à Paris, il se montrait habile dans son commerce et ses affaires étaient prospères. Il buvait bien la goutte le matin, au lever, dans du café noir, il prenait bien quelques consommations quand il allait acheter dans les marchés, mais enfin il n'était pas ivrogne. Il était bien un peu ombrageux à l'endroit de sa femme; néanmoins la bonne harmonie n'a cessé de régner dans son ménage pendant seize ans, c'est-à-dire jusqu'en 1893. Au mois de mars de cette année il a commencé à faire preuve d'une jalousie extrême. Un matin, en descendant à sa boutique, sans rime ni raison il a apostrophé sa femme en ces termes : « Un monsieur de la gare de l'Est t'a écrit; il écrit paraît-il à toutes les femmes du quartier. » A partir de ce moment, B... a présenté des signes non équivoques de dérangement intellectuel. Il se plaignait de maux de reins et surtout de maux de tête. Ses céphalalgies étaient si violentes qu'il gardait presque en permanence de l'eau sédative sur le front, si bien qu'il en avait la peau toute brûlée. Il ne dormait plus. Quand on lui conseillait de se soigner, il répondait : « Vous ne pouvez pas comprendre ça. » Il refusait d'ailleurs tout médicament, persuadé que sa femme voulait l'empoisonner. Bientôt il a commencé à entendre des cloches, puis des sonneries, puis, au bout de quelque temps, des voix. Vers la fin de 1893, il est devenu impuissant; il ne pouvait plus arriver à pratiquer le coït; à chaque tentative infructueuse, il se mettait en colère contre sa femme, disant qu'elle payait des somnambules pour le rendre impuissant, afin de pouvoir se conserver pour ses amants.

Dès le moment où il avait commencé à soupçonner sa femme d'infidélité, B... était allé consulter une somnambule, la femme Clairté. Il racontait dans le quartier tenir de celle-ci que sa femme le trompait avec un nommé D..., employé de chemin de fer, qui depuis quelque temps venait chaque jour acheter chez lui. Enfin, un jour, il refuse de servir M. D...

Celui-ci, ayant appris les propos tenus sur son compte par B..., lui adressa une lettre dans laquelle il l'invitait à cesser ses calomnies sous peine de poursuites en diffamation. B... ne répondit pas.

Dominé par ses idées de jalousie et dans le but d'éloigner sa femme de son prétendu amant, B. ferma sa boutique à la fin d'avril 1894 et s'en fut habiter la banlieue. Il venait cependant souvent à Paris pour y faire le commerce des bestiaux et continuait à aller consulter la cartomancienne Clairté. Cette femme, de son propre aveu, aurait reçu au moins quinze visites de lui.

Madame Clairté étant venue à déménager et B... ayant ignoré pendant quelque temps son adresse, ils'en fut consulter une autre somnambule du nom d'Andréa. Celle-ci a déclaré que son client lui ayant fait l'effet d'avoir le cerveau dérangé elle avait fini par ne plus vouloir le recevoir.

Exaspéré d'être ainsi éconduit, B... à partir de ce moment vit dans la dame Andréa une ennemie soudoyée par D..., l'amant de sa femme, et l'accusa d'être l'auteur de tous ses maux. Sa fille étant décédée après une longue maladie (tuberculose pulmonaire), B... s'imagina que sa mort était l'œuvre d'Andréa et, en conséquence, adressa à divers commissaires de police contre elle et son mari de nombreuses plaintes écrites auxquelles il ne fut pas répondu.

Dans ces lettres, B... explique que depuis 1893 il souffre le martyre : la nuit il ne peut reposer ; on le travaille à l'aide de l'électricité dans les jambes, dans les reins ou dans les bourses. Dans la rue on l'insulte, on le traite de cochon, on lui dit que sa femme se conduit mal, on lui parle de choses

qu'il ne comprend que peu ou pas, en un mot *on joue au physicien* avec lui. Il est pris entre quatre ou cinq somnambules commandées contre lui; il a essayé mais en vain de leur échapper en quittant Paris; dans sa nouvelle résidence les persécutions continuent toujours aussi violentes. Il n'a jamais vu les personnes qui l'insultent et lui lancent des décharges électriques, mais il sait par madame Clairté que tout cela est le résultat « d'un travail de livres » opéré par Andréa. Madame Clairté lui a affirmé que tous ses malheurs sont le fait d'Andréa soudoyée par sa femme et son amant D... Il ajoute que madame Clairté l'a déjà sauvé des poursuites d'une autre somnambule qui avait fait « un vœu de mort sur lui ».

N'ayant obtenu, a-t-il dit, depuis, aucune protection de la justice malgré ses plaintes et ne pouvant plus supporter une pareille vie de souffrances, B... résolut d'en finir et de se débarrasser de son persécuteur D... en le tuant.

Le 30 novembre il arrive à Paris; à peine descendu du train il achète un revolver et des cartouches, puis, ainsi armé, il va attendre D... à l'heure de la rentrée des employés de la Compagnie de l'Est; il le rencontre et décharge sur lui deux coups de revolver. D... se sauve et parvient heureusement à échapper à son agresseur qui s'est mis à sa poursuite.

Des deux balles une seule a atteint D..., n'occasionnant qu'une légère contusion du bras.

Tels sont les faits qui ont amené B... devant la justice.

L'examen que j'ai fait de B... m'a montré que je me trouvais en présence d'un homme atteint de délire des persécutions, ainsi d'ailleurs que le faisaient supposer ses lettres et l'acte qu'il avait commis. Je n'ai constaté chez lui aucun signe d'intoxication alcoolique; il n'a d'ailleurs jamais eu d'hallucinations de la vue, habituelles dans le délire alcoolique; chez lui les troubles sensoriels se sont cantonnés dans la sphère auditive et dans le domaine de la sensibilité générale. B... n'est pas non plus un hystérique, il ne présente aucun stigmate de cette névrose. C'est un vésanique pur, dont les

troubles mentaux ont évolué progressivement et d'une manière continue depuis plusieurs années.

Au cours de mes diverses visites à Mazas, B... a été pris plusieurs fois de crises douloureuses si violentes qu'il versait des larmes. Il m'a expliqué que c'était le travail des somnambules, mais qu'il ne connaissait pas les moyens par elles employés, que des somnambules seules pourraient me l'expliquer. Ces crises douloureuses, d'une part, l'impuissance dont B... est affecté, d'autre part, pouvaient faire penser au tabes, mais un examen minutieux ne m'a révélé la présence d'aucun signe de cette maladie. Il n'est pas rare d'ailleurs de voir chez certains persécutés les troubles de la sensibilité générale prendre une intensité telle qu'il en résulte des douleurs parfois intolérables. Ces faits mériteraient d'être étudiés en détail.

Quoi qu'il en soit, je rédigeai un rapport dans lequel, après avoir exposé l'état mental de B., je terminai par les conclusions suivantes :

« 1° B... est atteint de délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale.

« 2° C'est sous l'influence du délire, qui le domine, que B... a commis une tentative d'homicide volontaire sur le nommé D... qu'il regarde comme son persécuteur ; il ne saurait donc être considéré comme responsable de cet acte.

« 3° L'aliénation mentale, dont B... est atteint, nécessite absolument son placement dans un asile d'aliénés. »

B... a bénéficié d'une ordonnance de non lieu et a été mis à la disposition de l'autorité administrative qui l'a envoyé à l'asile Sainte-Anne d'où il a été transféré à l'asile de Villejuif.

Dans cette observation, en somme assez banale, il est deux points qui doivent être mis en lumière.

Le premier, c'est que le délire du malade a été entretenu et augmenté par des somnambules qui ont profité de sa situation pour lui extorquer plusieurs milliers de francs. La somnambule Clairté l'a excité contre sa concurrente Andréa à qui elle en veut. Celle-ci, en effet, est son ancienne bonne ;

elle a fondé un cabinet rival et elle fait distribuer des prospectus où elle est représentée comme « une élève de la célèbre somnambule Andréa ». C'est B... qui en somme a fait les frais de cette lutte entre cartomanciennes ; c'est lui qui en a été la victime. Après cela il est bien permis de dire qu'à Paris l'industrie des somnambules n'est pas suffisamment surveillée.

En second lieu, il est acquis que pendant des années un aliéné a non seulement adressé à différents commissaires de police des lettres — il y en a près de quarante — où la folie est manifeste et où des menaces de mort sont exposées tout au long, mais encore qu'il est allé lui-même dire dans les commissariats qu'il tuerait un homme ; et on n'a pris aucune mesure préventive.

En province, où l'on n'a pas souvent à proximité le personnel médical apte à se prononcer sur l'état mental d'un individu, je conçois que les commissaires de police hésitent, en raison de l'éloignement, à demander l'examen des personnes qui leur semblent atteintes de troubles cérébraux. Mais à Paris, où l'infirmerie spéciale de la préfecture de police est destinée à permettre une solution immédiate de ces questions, pourquoi se priver de cette ressource ? Les prétextes sont faciles pour y envoyer les personnes suspectes d'aliénation mentale. Dans le cas particulier il eût suffi de dire au malade de venir faire sa déclaration à la préfecture : il se serait empressé de s'y rendre.

La pratique qui règne dans les commissariats, c'est d'attendre, pour enfermer un aliéné, qu'il ait commis un acte dangereux ; tant qu'il n'a ni tué, ni blessé, ni incendié, on le laisse en liberté.

Cette façon de faire est regrettable.

M. GILBERT BALLET. — C'est parfaitement exact. Un individu donne des signes d'aliénation mentale tels que, pour sa famille, pour ses voisins, son concierge, l'aliénation s'impose ; il y a là une sorte d'enquête préalable ; cependant, quand on va trouver le commissaire, il répond : Attendons. Et on attend qu'un acte

dangereux soit accompli. Là est l'erreur ; il faudrait que le commissaire, dès qu'il est prévenu, fasse procéder à un examen préalable.

M. DESCOUTS. — On vient me chercher un jour pour examiner un homme qui s'était enfermé dans sa salle à manger avec des armes à feu et ne voulait ni en sortir, ni ouvrir. A l'annonce de ma visite, il répondit qu'il allait tirer un coup de fusil à travers la porte. Je me rendis chez le commissaire de police qui demeurait en face et je lui exposai la situation. Il me répondit qu'il n'y pouvait rien. Je lui expose le danger que l'individu faisait courir à sa famille, aux gens qui passaient dans la rue. Je me heurtai au même refus. Enfin je lui fis remarquer que cet homme pouvait lui tirer des coups de fusil quand il sortirait de son commissariat. Une demi-heure après l'homme était emmené. Donc, quand ils le veulent, les commissaires de police peuvent agir dans ces cas.

Le Secrétaire : M. BRIAND.

SÉANCE DU 10 MAI 1897.

Présidence de M. BENOIT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Candidatures. — La correspondance manuscrite comprend plusieurs lettres de candidatures aux places de membres correspondants déclarées vacantes.

Une commission composée de MM. Briand, Garnier et Leredu, est chargée de faire un rapport sur les titres des candidats.

Congrès de Bruxelles. — MM. Constant, Leredu et Motet sont désignés pour représenter la Société au prochain Congrès de médecine légale, qui doit se tenir à Bruxelles le 2 août prochain; si d'autres membres de la Société désiraient faire partie de cette délégation, ils voudront bien en informer le bureau, la liste ne sera close qu'après la séance du mois de juin.

Les signes fournis par l'examen du sang dans la grossesse, par M. LUTAUD. — Un jugement récent reproche à un médecin d'avoir négligé, pour le diagnostic d'une grossesse, les renseignements fournis par l'examen du sang. A la suite de ce jugement, un expert, ayant à faire un rapport sur un cas d'infanticide et craignant de s'exposer au même reproche de négligence grave, m'a demandé ce que je pensais de ce moyen de diagnostic et aussi les indications nécessaires à cet examen, qui serait classique, d'après le sus-dit jugement. Or, je n'ai trouvé l'exposé de la méthode dans aucun traité d'accouchements et je demande à mes collègues de me donner un avis sur la question.

M. HENRIOT. — Je ne veux pas aborder la question toute spéciale soulevée par M. Lutaud, je voudrais seulement exposer brièvement à la Société de médecine légale le résultat de mes recherches sur la détermination des taches de sang. Jusqu'à ce jour, pour constater la présence du sang humain sur les objets divers soumis à l'examen des chimistes, ceux-ci ont recherché la nature colorante et les éléments figurés. Aujourd'hui un procédé nouveau peut être employé pour compléter les renseignements fournis par les méthodes anciennes. On recherche les ferments en dissolution dans le liquide et en particulier la lypase qu'on peut retrouver facilement sur un fil de tissu. Mais, pour que la réaction caractéristique puisse se produire, il faut préalablement rendre le fil alca-

lin. Elle n'aurait pas lieu si l'objet à analyser avait été lavé à l'eau chaude, qui détruit le ferment. La substance pancréatique ou des débris de foie pourraient donner une réaction analogue. Certains champignons donnent aussi de la lypase, mais en quantité très minime. Sur les traces de sang desséché des typhiques, on on peut encore retrouver les propriétés agglutinatives spéciales à cette maladie.

Ces réflexions s'appliquent à la recherche du sang humain en général et nullement au diagnostic de la grossesse.

M. CHARPENTIER. — Cette question de la composition du sang dans la grossesse existe depuis Hippocrate. Les femmes enceintes étaient autrefois considérées comme pléthoriques et on conseillait de les saigner. Beau prétendait, avec raison, que la pléthore n'était qu'apparente et concluait à l'anémie; il donnait des toniques. Dans ces temps derniers, M. Hayem a constaté que les globules rouges étaient diminués de nombre; mais cette diminution n'est pas spéciale à la grossesse.

Ce n'est d'ailleurs pas dans le sang provenant de l'utérus qu'il faut rechercher les signes d'un accouchement récent, car ce sang a entraîné avec lui une foule d'éléments étrangers rencontrés dans le vagin.

M. LUTAUD. — Le jugement auquel je faisais allusion ne parle pas des écoulements vaginaux, mais du sang pris dans le torrent circulatoire.

M. CONSTANT pense qu'en s'adressant aux avocats qui ont plaidé dans l'affaire on pourrait avoir quelques documents intéressants, permettant une discussion utile.

M. CHARPENTIER. — On parle aussi de l'emploi du stéthoscope et du signe du ballottement. Or, l'emploi du stéthoscope ne peut fournir de renseignements qu'après le cinquième mois et encore à la condition que l'enfant soit vivant; pour ce qui est du ballottement, il est impossible à percevoir dans certains cas d'insertion vicieuse du placenta.

M. LUTAUD. — Le jugement est très fâcheux, parce qu'il crée un précédent erroné.

M. CHARPENTIER. — Il ne faut pas non plus oublier que le médecin expert avait peut-être raison quand il croyait à la grossesse. Une femme peut, en effet, avoir accouché et être encore enceinte: Dans les grossesses gémellaires, on voit quelquefois naître le second enfant plusieurs jours après l'autre.

LE PRÉSIDENT est d'avis de s'adresser à l'avocat du médecin condamné, pour avoir des renseignements complémentaires et nécessaires à une discussion utile. Il prie, en outre, les membres de la

Société, qui s'occupent plus spécialement d'obstétrique, de faire quelques recherches personnelles et de donner leur avis sur la valeur de l'examen du sang comme signe diagnostic de la grossesse. La question sera reprise dans la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures et demie.

SÉANCE DU 14 JUIN 1897.

Présidence de M. BENOIT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Rapport de la commission chargée de l'examen des candidatures au titre de membres correspondants. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

La Société de médecine légale délègue, pour la représenter au Congrès de médecine légale de Bruxelles, MM. Ogier, Thoinot, Bordas, Bordier, Constant, Leredu, Laugier, Finot (de Troyes).

Le secrétaire général présente, au nom de M. le Dr Foveau de Courmelles, la note suivante :

APPRECIATION MÉDICO-LÉGALE
DES LÉSIONS TRAUMATIQUES
AU MOYEN DES RAYONS X

Par le Dr **Foveau de Courmelles** (de Paris)

Un ouvrier couvreur, qui s'est, il y a un an, cassé le péroné, non loin de la malléole externe, dans l'exercice de sa profession, actionne son patron pour obtenir une indemnité, proportionnelle à son incapacité de travail. À l'examen physique, on sent le cal, et, si l'on détourne l'attention du malade, on peut tourner le pied dans tous les sens sans provoquer la moindre douleur; aussi conclurait-on, et a-t-on conclu, à la parfaite guérison et à la possibilité pour le patient, de reprendre sa profession de couvreur, de monter sur les échelles avec des charges sur la tête... Il proteste et son homme d'affaires nous prie de le radiographier.

On constate alors une diminution de l'intervalle habituel entre le tibia et le péroné, et une déformation de cet os au niveau du cal avec incurvation en dehors. Dans ces conditions, il est évident que, à la moindre torsion anormale du pied, le péroné aura des chances nombreuses de se casser au même endroit: cet ouvrier est donc dans un état d'infériorité, impossible cependant à évaluer en valeur et en durée, quant à présent du moins.

Un certain nombre de traumatismes osseux, radiographiés, suivis et observés, permettront de dresser dans la suite une échelle d'évaluation.

Cette observation, qui montre la possibilité de reconstituer, longtemps après, les lésions osseuses, a une autre importance en médecine légale: sur des membres isolés, provenant de crimes ou de catastrophes, on pourra, par la

radiographie, retrouver des traces de fractures aidant la recherche de l'identité individuelle.

— *La composition chimique du sang peut-elle servir d'indice pour reconnaître un accouchement récent ?* (Suite de la discussion.)

M. PINARD. — Notre confrère a certainement commis une faute. Ce qu'il faut surtout lui reprocher, c'est d'avoir conclu à un accouchement récent, alors qu'il n'avait pas des preuves suffisantes ; il devait dire : « Je ne peux pas conclure », et alors la femme n'aurait pas été mise en prison et lui n'aurait pas été inquiété. Il faut être très réservé en pareille occurrence. Pour ma part, chaque jour je répète à mes élèves : « N'affirmez pas quand vous n'êtes pas sûrs ; quand vous ne savez pas, dites nettement : « Je ne sais pas. »

Mais il y a, dans les considérants du jugement, un *attendu* qu'on ne peut laisser passer sans protester ; il faut qu'on sache bien qu'il constitue une erreur. Je ne crois pas être contredit en assurant qu'aucun des auteurs qui ont traité de l'obstétrique dans ses rapports avec la médecine légale n'a avancé que l'examen chimique ou histologique ou bactériologique du sang pouvait permettre d'affirmer l'état de gestation ou de puerpéralité.

Il y a une cause d'erreur contre laquelle il faut mettre en garde les médecins experts ; c'est la suivante : Dans mon service, se trouvait une femme au sujet de laquelle se posait la question de savoir si elle avait ou non expulsé son œuf. Nous avons examiné le sang et nous avons constaté qu'il contenait tous les éléments de la caduque. On pouvait, dès lors, croire à un accouchement récent. Or, en réalité, il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. Une femme peut donc avoir en même temps des débris de caduque dans le sang et un fœtus dans le corps.

M. DANET. — Je laisse de côté le point de vue médico-légal de la question, mais il serait intéressant de savoir comment cet *attendu* a été introduit dans le jugement. Il avait été décidé qu'on se renseignerait à ce sujet. Le tribunal a-t-il péché par ignorance, a-t-on soutenu cette thèse devant lui, lui a-t-on soumis des livres ? C'est là un point qu'il serait bon de connaître.

M. POUCHET. — S'il est possible de savoir comment l'*attendu* a été introduit dans le jugement, il serait bon de se renseigner. Ce ne peut être vraisemblablement que sur l'intervention d'un homme de l'art. Et alors, c'est à se demander si celui-ci n'a pas voulu faire une plaisanterie. Sans doute, l'analyse chimique du sang peut fournir quelques renseignements. Becquerel et Rodier, Andral et Gavarret ont noté quelques petites différences dans le sang des femmes enceintes. Mais, pour conclure en pareille matière, il

faudrait tuer la femme afin d'avoir tout son sang. Cet *attendu* est donc, je le répète, une véritable plaisanterie.

M. CONSTANT. — Une enquête est indispensable. Avant de protester contre cet *attendu*, il faut savoir d'où il vient. Ce n'est probablement pas le tribunal qui a créé cette appréciation ; il a dû simplement se faire l'écho de quelqu'un.

M. MOTET. — Je propose d'écrire au confrère qui a été condamné. Quand nous serons renseignés, nous verrons alors à intervenir.

M. LUTAUD. — Parfaitement, mais nous pouvons dès aujourd'hui proclamer que l'examen du sang, dans le cas de suspicion d'accouchement récent, ne peut rien donner.

La Société décide que M. Constant s'adressera à l'avocat qui a plaidé dans l'affaire, et vote à l'unanimité la proposition suivante présentée par M. Lutaud :

« La Société de médecine légale émet l'opinion que, contrairement à l'*attendu* contenu dans un jugement du tribunal de Saint-Nazaire, l'examen chimique du sang ne peut fournir aucun signe de nature à permettre d'affirmer l'existence de la grossesse ou un accouchement récent. »

DE LA

DÉCLARATION DES FŒTUS ET EMBRYONS

Par M. le D^r Lutaud.

Un arrêté préfectoral de 1882 a rendu obligatoire, pour les médecins et les sages-femmes, la déclaration d'embryons de six mois et au-dessous, mais elle est tombée en désuétude.

Dernièrement je vous ai signalé qu'ayant apporté à la mairie un fœtus de quatre mois et demi, provenant de parents qui voulaient rester inconnus, on refusa tout d'abord d'accepter ce dépôt. L'administration émettait la prétention d'envoyer les pompes funèbres chercher ce petit cadavre dans le domicile de ses parents. J'ai fini par avoir gain de cause, mais à force de démarches. Tant qu'il n'y aura pas, dans les mairies ou ailleurs, un lieu où l'on pourra remettre les fœtus à l'administration municipale, qui doit être chargée de l'inhumation, on les jettera, comme cela se fait en grand maintenant, dans les fosses d'aisances, ce qui est déplorable à tous égards.

A la suite de cette communication, vous avez chargé MM. Leblond, Charpentier et moi de vous faire un rapport sur cette question.

Nous pensons que les difficultés d'exécution de l'arrêté préfectoral de 1882 sont de deux ordres différents: d'une part, difficulté pour le médecin de garder le secret professionnel en présence des exigences des agents de l'administration; d'autre part, ennui pour les familles de voir les pompes funèbres pénétrer chez elles et, par leur venue, dévoiler des choses qu'on n'aime jamais à faire connaître et qu'on a même quelquefois intérêt à cacher. — Cependant

on ne peut continuer à laisser jeter les fœtus dans les fosses d'aisances.

Nous pensons que toutes les difficultés seraient aplanies si la Société adoptait le texte suivant :

« Il serait à désirer que l'arrêté de 1882 reçoive son application ; à cet effet, la Société émet l'opinion :

« 1° Que les fœtus et embryons puissent être portés aux mairies où à des dépôts mortuaires sans que le médecin de l'état civil soit astreint à visiter l'accouchée à domicile et sans que la déclaration soit obligatoire pour le médecin traitant, la vérification ayant lieu à la mairie par les médecins de l'état civil.

« 2° Que le secret professionnel puisse être observé pour les déclarations d'embryons et de fœtus comme il peut l'être pour les déclarations d'enfants, c'est-à-dire que les déclarants ne soient pas astreints à faire connaître le nom et le domicile de la mère. »

M. ROCHER. — La question qui nous est soumise n'est pas nouvelle pour la Société de médecine légale.

Déjà, en 1869, elle a conclu au rejet de toute déclaration de fœtus âgé de moins de quatre mois et demi.

En 1882, le préfet de la Seine ayant exigé une déclaration pour l'inhumation des embryons de quatre semaines à quatre mois, la Société a rappelé que cette prescription ne reposait sur aucune loi et M. Hérold a laissé son arrêté sommeiller dans les cartons.

Pourquoi donc faire remettre en vigueur une disposition administrative qui ne peut être qu'une source d'ennuis et de difficultés pour les médecins, sans profit pour le public ?

J'en vois d'autant moins la nécessité qu'un jugement du tribunal correctionnel de Toulouse vient d'établir que la déclaration et la présentation à l'officier de l'état civil du produit d'un accouchement survenu avant terme n'était obligatoire que lorsque le fœtus était âgé au moins de six mois.

Voici le cas : Une femme était accouchée d'un enfant de quatre à cinq mois chez une sage-femme, qui envoya sa fille

porter le fœtus au cimetière. Elles furent poursuivies : la sage-femme pour avoir omis de présenter et de déclarer l'enfant, les deux autres pour avoir supprimé ledit enfant.

Voici le texte du jugement qui a acquitté les prévenues :

« Attendu que les premières décisions intervenues à la suite de la promulgation de la loi du 13 mai 1863, qui modifie l'article 345 du code pénal, semblèrent poser en principe que le produit de toute grossesse devait être déclaré et représenté, quel que fût son degré de développement, mais que cette jurisprudence fut bientôt abandonnée ; qu'on ne tarda pas à reconnaître que, si elle était de nature à sauvegarder, dans une certaine mesure, l'intérêt social en facilitant la découverte et en assurant la répression des crimes d'avortement et d'infanticide, elle avait l'inconvénient grave de jeter le trouble et l'inquiétude dans les familles et de blesser dans bien des cas la pudeur publique ; qu'envisagée, du reste, au point de vue strictement juridique, l'interprétation qui avait tout d'abord prévalu, soulevait des objections graves qui furent, avec raison, jugées décisives ; qu'on fit remarquer que le législateur, en imposant à certaines personnes les obligations de déclarer et de présenter les nouveau-nés et en édictant des peines contre leur suppression, s'était servi du mot « enfant » et que cette expression ne pouvait s'entendre que d'un être organisé ; qu'en l'absence d'une définition légale, on pensa qu'il y avait lieu de se référer à l'article 312 du code civil qui a fixé au minimum de six mois, à dater de la conception, le temps nécessaire pour que l'être humain réunisse toutes les conditions organiques de l'existence et puisse être considéré comme né viable ; qu'on fut ainsi amené à décider que la déclaration et la présentation du produit d'un accouchement survenu avant terme n'étaient pas obligatoires et que sa suppression ne tombait pas sous le coup de la loi. »

Ce jugement tranche la question dans le sens le plus large, et donne toute satisfaction.

M. CHARPENTIER. — Je suis d'accord avec M. Rocher pour protester contre la déclaration. Mais d'un autre côté il faut bien que l'on sache ce que l'on doit faire des fœtus. Nous ne pouvons pas les collectionner indéfiniment. Il faut qu'ils soient portés quelque part, et ce transport ne peut être fait que par les pompes funèbres; seulement nous désirons que leurs agents n'aillent pas chercher les fœtus au domicile des parents. Il nous semble nécessaire, qu'en dehors du médecin ou de la sage-femme, toute personne puisse porter les fœtus à la mairie ou dans un dépôt mortuaire, sans cela on continuera à les jeter dans les cabinets d'aisances.

M. ROCHER. — J'ai une crainte, c'est que l'arrêté préfectoral existant soit sorti des cartons et alors tout le monde sera tenu d'y obéir. On a bien vécu comme ça pendant trente ans sans inconvénient, pourquoi vouloir changer? Pour un médecin à qui il conviendra de faire la déclaration, il s'en trouvera d'autres qui se refuseront à cette corvée. Seront-ils dans leur tort? Il y a là, vous le voyez, toute une série de questions soulevées à nouveau. La Société par deux fois a trouvé que tout était pour le mieux. Pourquoi demander un règlement administratif toujours dangereux? Les intentions de M. Lutaud sont bonnes, mais elles peuvent se retourner contre les médecins.

M. LUTAUD. — Alors on continuera à jeter tous les fœtus aux cabinets, ce qui est une pratique déplorable. Le décret avait du bon, il faudrait seulement que la déclaration fût facultative pour le médecin. La circulaire préfectorale n'est pas appliquée, mais elle n'en existe pas moins, elle est une menace sur notre tête.

M. CONSTANT. — Je désire rappeler les textes précédents votés par la Société sur le sujet que nous discutons.

Le 12 juillet 1869, la Société faisait siennes les conclusions du rapport de MM. Demange, Devergie et Géry, sur les devoirs imposés aux médecins, aux sages-femmes et officiers de santé par les articles 55, 56, 57 du code civil et 346 du code pénal. Voici ces conclusions :

« 1° Par accouchement, on doit entendre, dans l'article 56, la sortie de l'enfant du sein de la mère ;

« 2° Les médecins, officiers de santé ou sages-femmes qui l'auraient vu sortir du sein de la mère, ou qui auraient été appelés au moment où cet enfant tenait encore à la mère par le cordon ombilical, sont tenus de faire la déclaration. En dehors de ces deux cas, la loi n'exige rien d'eux ;

« 3° Le médecin doit déclarer qu'un enfant de tel sexe est né dans telle commune, à tel endroit déterminé ; il n'est pas obligé d'indiquer le nom de la mère ;

« 4° La déclaration doit toujours être faite, lorsque l'enfant est expulsé après le quatrième mois de la gestation ;

« 5° La déclaration doit être faite dans la commune où l'accouchement a eu lieu. »

Le 8 mai 1882, en réponse à la circulaire du préfet de la Seine du 26 janvier 1882, relative aux déclarations à faire pour l'inhumation des embryons de six semaines à quatre mois, la Société a adopté les conclusions du rapport de M. E. Rocher sur le secret médical dans ses rapports avec la déclaration de naissance. Ces conclusions sont ainsi conçues :

« Les médecins ne sont pas tenus de déclarer les cas d'accouchement prématuré nécessitant ou non l'inhumation de produits embryonnaires au-dessous de quatre mois. »

A la suite de l'envoi de ce rapport, le préfet de la Seine ainsi que l'a dit M. Rocher, a moralement retiré son arrêté. Depuis il est resté lettre morte.

Je crois que le texte de 1882 règle bien la question et qu'il faut s'y tenir, après avoir reporté jusqu'à six mois l'âge du fœtus conformément au jugement du tribunal de Toulouse.

M. LUTAUD. — Nous sommes chez une cliente qui vient de faire une fausse couche ; elle nous dit : « Docteur, voulez-vous emporter ce fœtus ? » Il est bien difficile de refuser.

M. CONSTANT. — C'est alors un acte de complaisance, il ne faut pas en faire une obligation pour le médecin.

M. LUTAUD. — Pourquoi, encore une fois, la mairie ne recevrait-elle pas le fœtus ?

M. CONSTANT. — Parce que cela vous oblige à une déclaration à laquelle vous n'êtes pas tenu. Je combats la première conclusion de M. Lutaud et cela dans l'intérêt même des médecins. Pourquoi faire revivre, même avec une restriction, l'arrêté préfectoral, pour permettre simplement à un médecin d'être complaisant ?

M. CHARPENTIER. — Je me rallie à la proposition de M. Constant, mais je demande que le mot « accouchement » soit, dans la formule, remplacé par celui de « expulsion » qui est plus exact. .

M. LUTAUD. — J'accepte ce nouveau texte, tout en regrettant que l'usage de jeter les fœtus dans les cabinets d'aisances doive continuer de plus belle.

Le texte suivant est alors adopté à l'unanimité :

« La Société renouvelle son vote du 8 mai 1882 et décide :

« Les médecins ne sont pas tenus de déclarer les cas d'expulsion de produits embryonnaires au-dessous de six mois. »

SÉANCE DU 12 JUILLET 1897.

Présidence de M. BENOIT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. CONSTANT, avocat à la Cour d'appel, fait hommage à la Société d'une brochure ayant pour titre : *Des aliénés criminels : nécessité d'une législation spéciale*.

Le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle que le comité d'organisation du Congrès international de Moscou a invité la Société de médecine légale à se faire représenter officiellement. Il prie ceux des membres de la Société qui se proposent de se rendre à Moscou de vouloir bien accepter d'être délégués au Congrès.

MM. les D^{rs} CHRISTIAN et VALLON sont désignés pour représenter la Société de médecine légale de France.

— Élections : MM. CULLERRE, DUFOUR, OLIVE et GRASSET sont élus membres correspondants de la Société.

— M. le D^r SOCQUET lit une analyse du *Traité de médecine légale* de Coutagne, de Lyon.

Le *Précis de médecine légale*, d'Henry Coutagne, œuvre posthume de notre regretté collègue, devait être, dans l'intention de l'auteur, ainsi que l'indique son frère dans une notice biographique placée en tête du volume, « plus qu'un manuel et un peu moins qu'un traité, un résumé concis, mais complet, de la science médico-légale actuelle ».

Déjà, en 1887, notre collègue publiait un *Manuel des expertises médicales en matière criminelle à l'usage des magistrats instructeurs et des officiers de police judiciaire*.

Dans la préface l'auteur s'exprime ainsi :

« C'est un guide de poche facile à consulter, même à l'improvisiste, et dans lequel nous avons condensé le plus clairement possible les notions premières que nous croyons indispensables à quiconque peut être appelé à ordonner des expertises médicales en matière criminelle. Une pratique journalière de près de dix ans, auprès d'un parquet de l'importance de celui de Lyon, nous a rendu familière la connaissance des expertises les plus variées ; nous espérons que cette considération nous fera reconnaître une certaine compétence pour la composition d'un ouvrage dont presque chaque page est le reflet de notre expérience personnelle. »

Le *Précis de médecine légale* est un volume de 510 pages, divisé en onze chapitres.

Les deux premiers chapitres traitent de l'organisation de la médecine légale en France, des expertises en général et des devoirs et des droits du médecin.

Le chapitre IV, *Identité et taches*, a été inachevé par l'auteur, la terrible maladie qui l'a enlevé l'ayant obligé à cesser tout travail; c'est une petite lacune qui n'enlève rien à l'intérêt de l'ouvrage.

Nous regrettons que le chapitre suivant, relatif à l'état mental, soit aussi abrégé. Dans son *Manuel d'expertise*, ce chapitre était plus développé qu'il ne l'est actuellement et, à cette époque déjà, l'auteur déclarait qu'il était forcé de limiter au plus strict nécessaire ce chapitre qui pourrait facilement prendre les proportions d'un volume, vu l'importance et l'intérêt de plus en plus grands qui s'attachent à des questions qui ne sont ici qu'esquissées. C'eût été le cas dans le *Précis de médecine légale* de lui donner plus d'étendue.

Le chapitre VI relatif aux blessures a été, pour ainsi dire, divisé en trois parties. Dans la première l'auteur étudie les blessures suivant l'arme qui a servi à les faire, dans la seconde les blessures suivant leur siège, et dans la troisième les conséquences des blessures.

Dans ce chapitre l'auteur s'exprime ainsi (p. 430) :

« A Paris, l'examen médico-légal des blessés soignés dans les hôpitaux se fait, en vertu d'une convention intervenue en 1890 entre le parquet de la Seine et l'Assistance publique, par les chefs de service, qui peuvent y déléguer leur interne. Cette pratique, qui s'explique par les nécessités locales du service de la justice, ne pourrait être généralisée en dehors de la capitale sans de sérieux inconvénients. »

Il y a dans ce paragraphe une erreur d'interprétation. Cette convention a pour but de remplacer la visite du médecin désigné par le commissaire de police et non celle du médecin expert commis en vertu d'une ordonnance d'un juge d'instruction. Ce n'est qu'un simple certificat médical dans le premier cas et non un rapport médico-légal s'expliquant sur les conséquences des blessures et sur la durée de l'incapacité absolue de travail qu'elles entraînent.

Les deux chapitres suivants se rapportent aux asphyxies et aux grands traumatismes.

Celui relatif à l'empoisonnement est de beaucoup le plus important de l'ouvrage. Quant aux deux derniers chapitres, traitant

les questions relatives aux instincts sexuels et aux produits de la conception, ils manquent un peu de développement.

Enfin, l'ouvrage se termine par une sorte de monographie des végétaux toxiques divers. L'auteur donne, dans des tableaux, un exposé succinct de l'histoire des empoisonnements par divers végétaux à principes toxiques encore peu connus.

Ces tableaux, divisés en quatre colonnes, indiquent dans la première colonne le nom usuel et scientifique de la plante, dans la deuxième la partie toxique (racines, tiges, graines, etc.), dans la troisième les renseignements principaux sur son danger pour les diverses espèces animales ; enfin la quatrième colonne est réservée aux observations.

En résumé, le *Précis de médecine légale* de Henry Coutagne est un ouvrage que le médecin légiste pourra toujours consulter avec fruit et dont la place s'impose dans sa bibliothèque. Il est certain que, si notre regretté collègue eût vécu, la seconde édition eût été beaucoup plus complète et que le précis serait devenu un traité.

En terminant, Messieurs, je vous propose d'adresser les remerciements de la Société à M. Georges Coutagne, son frère.

La Société adopte à l'unanimité cette proposition et charge M. le secrétaire général d'écrire à M. Georges Coutagne.

— Le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'un *mémoire adressé à la Société par M. le Dr Dufour, de Marseille.*

MÉRYCISME
CONSÉCUTIF A UN TRAUMATISME
DE LA RÉGION DE L'HYPONCHONDRE GAUCHE

Expertise médico-légale

Par le Dr Dufour.

Médecin expert près le parquet de Marseille.

Le mérycisme, congénital ou pathologique, est un phénomène rare; Raphaël Blanchard (1) en relate 37 cas seulement, y compris sa propre observation.

Le mémoire de Bourneville et Séglas (2) renferme 43 cas, observés chez des idiots et des aliénés.

En Allemagne, Alt, Boas, Jürgensen (3) en publient quelques observations et étudient surtout le chimisme stomacal chez les mérycistes. Lemoine et Linossier (4), en 1894, résument tout ce qui a été écrit sur la question, à propos d'un cas par eux observé chez un soldat convalescent de fièvre typhoïde.

En 1893, Riessmann (5) publie deux nouvelles observations; avec celle qui fait l'objet de cette communication, on peut évaluer à cent, au plus, le nombre des cas de mérycisme étudiés jusqu'ici chez l'homme.

Mais dans tous ces travaux, d'après les recherches que nous avons faites, le mérycisme n'a jamais donné lieu à une expertise médico-légale; on le signale à titre de curiosité, d'anomalie, en hésitant à lui accorder la dénomination de

(1) Raphaël Blanchard, article RUMINATION du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, de Jaccoud. Paris, 1882, t. XXXII, p. 47.

(2) Bourneville et Séglas, *Archives de neurologie*, 1883-84.

(3) Alt, Boas, Jürgensen, *Berlin. klin. Wochens.*, 1888.

(4) Lemoine et Linossier, *Contribution à l'étude du mérycisme chez l'homme* (*Revue de médecine*, mars 1894).

(5) Riessmann, *Deux cas de mérycisme* (*Journal of nerv. dis.*, juin 1895).

maladie ou d'affection. Dans le cas que nous citons plus loin, le mérycisme se présente sous un jour nouveau : on demande en effet à des médecins experts de déterminer si le mérycisme, acquis et devenu chronique, constitue une maladie, une infirmité, ou bien s'il ne devient qu'une simple incommodité n'entravant pas les conditions régulières de la nutrition et de la vie. L'observation que l'on va lire a nécessité deux expertises. La première eut lieu en 1893 et nous en avons publié les résultats dans un travail antérieur (1) ; la seconde vient à peine d'être terminée. Pour relier les conclusions de cette deuxième expertise avec celles de la première, nous résumerons brièvement l'observation entière.

Première expertise. — Obs. — Ghil, trente-deux ans, conducteur à la C^{ie} des tramways, sans antécédents héréditaires ni personnels, reçoit le 16 octobre 1893 un violent coup de timon dans le flanc gauche, par-dessus sa sacoche, dans une collision de voitures.

Pas de plaies, ni d'ecchymoses, ni de fractures de côtes. Quelques crachats sanguinolents, symptomatiques d'une congestion pulmonaire légère avec submatité et râles humides à la base gauche. Ces crachats ont persisté, pendant plusieurs mois, après la disparition à l'auscultation de tout symptôme pulmonaire.

Dès le lendemain de l'accident, régurgitations fréquentes, sans effort de vomissement, de tous les aliments ingérés. Les liquides sont un peu mieux tolérés que les solides.

Les divers traitements et régimes prescrits par les médecins de la C^{ie} qui l'ont soigné n'amènent pas d'amélioration notable et Ghil, souffrant toujours de ses régurgitations, intente un procès à la ville de Marseille civilement responsable.

Le Conseil de préfecture commet en décembre 1894 les D^{rs} Flavard, Villard et Dufour pour examiner Ghil.

Voici en résumé les constatations des experts :

Ghil a le teint pâle, les muqueuses décolorées.

Amaigrissement notable. — État général cachectique.

Pas de déformations thoraciques.

Intégrité des fonctions pulmonaire et cardiaque. Motilité et sensibilité normales.

(1) Dufour, *Névrose traumatique de l'estomac avec mérycisme* (Annales d'hygiène publ. et de méd. légale, n° d'août 1895).

Pas de stigmates d'hystérie ou de neurasthénie, pas de rétrécissement de l'œsophage ou du cardia. Estomac non dilaté. Irritabilité très grande de la muqueuse de l'œsophage et de l'estomac, qui rend très difficile l'exploration avec la sonde œsophagienne ou le tube de Faucher.

L'analyse du suc gastrique révèle de l'anachlorhydrie.

Le seul symptôme anormal constaté chez Ghil consiste dans des régurgitations involontaires des aliments ingérés, survenant de trois à deux minutes après l'ingestion et se produisant lentement sans aucun vomissement.

Ghil crache pour ainsi dire par gorgées ce qu'il vient d'absorber.

Les aliments rejetés représentent les trois quarts des aliments ingérés. Pas de constipation, de mælena ou d'hématémèse.

Conclusions. — Les régurgitations (ou le mérycisme) observées chez Ghil ne relèvent pas d'une lésion organique de l'estomac (ulcère ou cancer), mais plutôt d'un état nerveux spécial, d'une névrose de cet organe consécutive au traumatisme subi le 16 octobre 1893.

Cette affection a déterminé chez Ghil des troubles sérieux de la nutrition avec amaigrissement considérable et le pronostic doit être entouré de grandes réserves, quant à la durée et à la terminaison de la maladie.

La guérison toutefois semble possible sous l'influence d'un traitement approprié (régime lacté, changement d'air, hydrothérapie).

Sur ces conclusions, le conseil de préfecture accordait à Ghil une indemnité de 4000 francs en lui donnant acte de nos réserves.

Nous ne revîmes plus le malade de deux ans ; on nous apprit seulement qu'il avait quitté Marseille et s'était retiré en Corse, son pays natal. Vers la fin de 1896, Ghil revient à Marseille et se prétendant encore malade, intente un nouveau procès à la ville de Marseille en se basant sur les réserves du rapport des médecins experts.

Une deuxième expertise est ordonnée et les mêmes experts sont désignés pour examiner à nouveau Ghil.

Deuxième expertise (1^{er} janvier au 15 mars 1897). Obs. — Nous aurions cru, en présence des affirmations de Ghil sur la persistance de son mérycisme involontaire, nous trouver en face d'un

homme anémié, très amaigri par suite de l'insuffisance de la nutrition, et nous constatons au contraire qu'il présente un état de santé bien meilleur que celui qu'il offrait il y a deux ans.

Ghil n'a plus les traits émaciés, le teint cachectique d'un individu dont les fonctions de nutrition et d'assimilation se font mal; les membres sont assez fortement musclés et notre première impression est qu'il s'est produit depuis 1895 une amélioration très marquée dans son état.

Nous procédons ensuite dans des séances successives à l'examen minutieux et approfondi de ses organes et de sa sensibilité. Nous constatons leur intégrité comme dans notre première expertise. Il n'existe aucun stigmate d'hystérie ou de neurasthémie.

L'estomac n'est pas dilaté : la palpation de la région de l'hypochondre gauche et du creux épigastrique ne détermine aucune douleur, ne révèle aucune induration.

En somme, en dehors des régurgitations dont il se plaint, il n'existe chez Ghil aucun symptôme morbide.

Pour mieux apprécier les conditions au milieu desquelles les aliments sont rejetés, un des experts, M. le professeur Villard, décide Ghil à entrer dans son service hospitalier de l'Hôtel-Dieu.

Il devient facile dès lors de comparer la quantité des aliments régurgités à celle des aliments absorbés dans les vingt-quatre heures.

Voici les résultats de nos observations :

Quelques minutes (3 à 15 minutes) après l'ingestion d'aliments quelconques, liquides ou solides, les régurgitations commencent; elles s'effectuent lentement, sans effort, et le bol alimentaire à peine modifié est rejeté peu à peu par gorgées et presque intégralement. On peut évaluer au quart, environ, la proportion des aliments conservés. La nuit, pendant le sommeil, les régurgitations ne se produisent pas.

L'analyse du suc gastrique révèle une acidité presque normale.

Une réflexion s'impose alors à notre esprit : Si, depuis deux ans, Ghil avait ainsi rejeté involontairement les aliments ingérés, dans la proportion que nous venons de signaler, il n'aurait pu survivre et serait, dans tous les cas, dans un état de maigreur extrême; cependant nous constatons que, depuis la première expertise, il a engraisé et présente un état de santé bien meilleur.

Il faut donc croire que le mérycisme dont il est atteint est devenu volontaire et ce qui le démontre encore c'est que

pendant le sommeil, quand la volonté n'intervient plus, tout rentre dans l'ordre.

Ghil peut aussi, s'il le veut, arrêter les aliments avant leur passage de l'œsophage dans le pharynx et la cavité buccale; cela ressort du témoignage de tous les mérycoles, de deux d'entre'eux notamment qui portent un nom dans la science, de Cambay et de Raphaël Blanchard. Ce dernier surtout insiste sur ce point et dit que, lorsqu'il constatait une acidité désagréable des aliments, il empêchait ceux-ci de passer du pharynx dans la bouche, par un brusque mouvement de déglutition qui les faisait refluer vers l'œsophage et l'estomac.

Les conclusions de notre seconde expertise sont les suivantes :

1° Ghil est atteint de mérycisme.

2° En l'absence de tout antécédent, nous sommes amenés à attribuer au traumatisme subi le 16 octobre 1895 la cause de ce mérycisme.

3° Comme tous les mérycoles, Ghil peut à volonté garder ou rejeter ses aliments.

4° Son mérycisme n'est relié à aucune lésion organique de l'estomac : il ne relève que d'un trouble fonctionnel nerveux de l'organe.

5° Ghil pourra progressivement, dans un laps de temps ne dépassant pas six mois, effectuer le travail ordinaire d'un homme de sa condition.

Plusieurs considérations importantes ressortent de cette observation :

1° En premier lieu, il est bien établi qu'un traumatisme portant sur la région de l'hypocondre gauche peut engendrer le mérycisme. Cette étiologie n'a été signalée qu'une seule fois avant notre observation : Roucher (1) rapporte en effet le cas d'un jeune conscrit de vingt ans, qui devint mérycole à la suite d'une chute qu'il fit sur l'estomac.

(1) Voir art. RUMINATION du *Dict. de Jaccoud*.

2° En second lieu, et ce qui nous paraît très important à connaître au point de vue médico-légal, c'est que le mérycisme acquis, consécutif à un accident, peut être au début pathologique, involontaire, et peut amener une perturbation profonde dans les fonctions d'assimilation et de nutrition ; mais peu à peu, par le travail lent de l'habitude, la volonté intervient et le malade devient un mérycole ordinaire, gardant ou rejetant à son gré les aliments.

Le pronostic du mérycisme acquis est donc relativement bénin.

3° Par l'étude du chimisme stomacal chez les mérycoles, on a cherché à déterminer si le trouble nerveux donnant naissance au mérycisme n'entraînait pas en même temps des modifications importantes dans la composition du suc gastrique et s'il n'existait pas une relation étroite entre ces deux phénomènes.

En Allemagne, Alt, Jürgenssen et Boas (1) se sont particulièrement occupés de cette question. Les deux premiers ont rencontré tantôt de l'hyperchlorhydrie, tantôt de l'anachlorhydrie. Boas, en présence de résultats aussi contradictoires, n'hésite pas à affirmer l'absence de corrélation entre le mérycisme et le chimisme stomacal. Les analyses du suc gastrique chez les mérycoles n'ont par suite aucune signification, quels que soient leurs résultats. Dans notre observation, nous constatons de l'anachlorhydrie dans les premiers mois qui suivent l'accident et, deux ans après, l'acidité du suc gastrique est à peu près normale.

4° Tous les auteurs sont unanimes à considérer le mérycisme comme l'expression d'un trouble nerveux de l'estomac.

Dans les cas qui ont succédé à une infection telle que la variole, la fièvre typhoïde, etc., on a pu dire qu'il s'agissait d'une névrite infectieuse des branches du pneumogastrique ; dans les cas, comme le nôtre, où le traumatisme n'a intéressé qu'indirectement l'estomac, il faut admettre une

(1) Boas, *Loco citato*.

modification dynamique des éléments nerveux, une névrose de l'organe.

C'est pourquoi il nous paraît logique de faire rentrer le mérycisme accidentel, comme celui de notre observation, dans le cadre « de la névrose traumatique », c'est-à-dire de tous ces accidents nerveux consécutifs au traumatisme, qui ont été bien étudiés par Vibert et qui ont des caractères spéciaux, une physionomie telle qu'on ne saurait les ranger dans une affection connue et classée du système nerveux.

— Le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL présente au nom de M. le Dr Nina-Rodrigues, professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia, une observation très intéressante sur un *cas de blessure de la moelle épinière* par un instrument piquant :

UN CAS DE BLESSURE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE PAR UN INSTRUMENT PIQUANT

Par le D^r **Nina-Rodrigues,**

Professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia (Brésil).

On a exhumé récemment, à la demande de la famille, les restes d'un homme qui a vécu vingt-huit ans après avoir eu la moelle épinière traversée par la pointe d'une lime, qu'une main criminelle lui avait enfoncée dans le rachis. Cette exhumation, qui a permis de jeter sur ce cas curieux les éclaircissements précis d'un examen cadavérique des os lésés, m'a décidé à reconstituer son histoire clinique et médico-légale comme une contribution à l'étude médico-judiciaire des traumatismes de la moelle épinière.

J'ai considéré comme un devoir de porter ce fait à la connaissance de la *Société de Médecine légale de France*, où il pourra aider à la solution des questions multiples qu'a soulevées au sein de cette docte assemblée, en 1888, la communication du D^r Marquezy.

Grâce aux notes prises, pour ainsi dire chaque jour, par l'éminent praticien M. le D^r Silva Lima, un des rares médecins survivants qui ont soigné le blessé, grâce au précieux concours des informations et de la bonne volonté de mon collègue et ami M. le professeur Alfred Britto, cette reconstitution a été possible, malgré le défaut de rigueur dans les méthodes d'examen alors en usage en matière de neuropathologie.

OBSERVATION. — *Blessure perforante du rachis dans la région dorsale; moelle épinière traversée par la pointe d'une lime; mort survenue 28 ans après l'accident, par suite de néphrite.* — F..., âgé de 29 ans, professeur public, de taille moyenne, faible de constitution, fut soudainement attaqué par derrière, le 19 août 1857, au moment où il entra dans le préau de l'établissement où il enseignait, par

un individu qu'il n'avait pu voir et qui s'enfuit immédiatement après avoir porté le coup.

La victime tomba, poussant un cri aigu, mais croyant toutefois n'avoir été que bousculée. Le blessé cependant ne put se relever, les forces lui faisant complètement défaut dans les membres inférieurs, et on dut le porter dans l'intérieur de l'établissement, — un internat.

Quelques heures après, le blessé est examiné par des médecins qui constatent l'existence d'une plaie de forme triangulaire, située entre l'angle inférieur de l'omoplate et l'épine dorsale, correspondant à l'angle de la 7^e côte droite. Elle suit dans son trajet une ligne oblique de haut en bas, d'arrière en avant, de dehors en dedans, dans la direction de la lame de la 8^e vertèbre dorsale qui, de l'avis des médecins, en constitue le terme et le fond. Un stylet introduit se heurte à un corps solide, résistant, qui produit par le frottement un tintement métallique distinct.

Le blessé est très abattu et pousse parfois des cris aigus. Des secousses cloniques généralisées, comparables à des chocs électriques, se succèdent à de courts intervalles. La paralysie du membre inférieur droit n'est pas complète, mais les mouvements sont difficiles; ce membre est comme alourdi et engourdi, mais vers le soir la paralysie est déjà complète.

Les médecins élargissent la blessure dans son trajet, de manière à pouvoir l'explorer avec le doigt et reconnaître la surface de la base de la pointe de la lime, avec laquelle la blessure a été produite et qui s'était cassée dans le rachis. L'agresseur en s'enfuyant avait laissé tomber sur le lieu du crime une lime privée de sa pointe.

N'ayant pas réussi à trouver prise sur ce fragment pour l'extraire, les médecins cessent toute tentative dans ce but et cherchent à fermer la plaie par des points de suture.

Du 19 au 23, le membre inférieur droit est complètement paralysé. Cependant l'anesthésie, qui s'étend jusqu'à la moitié droite de la peau de l'abdomen, ne paraît pas avoir été totale, car le blessé éprouve à la pression des sensations de picotement; en outre, il y avait, non seulement un grand retard dans la perception de la sensation, mais encore des erreurs dans sa localisation. Le blessé présente aussi une paralysie de la vessie, avec rétention d'urine qui exige l'emploi du cathétérisme deux fois par jour, et une paralysie intestinale accompagnée de constipation, ce qui oblige à avoir recours aux purgatifs.

Du 24 au 26, l'état du blessé ne s'est pas amélioré. Le malade accuse des douleurs dans la blessure; une suppuration abondante

et de bonne apparence s'est produite. La paralysie et l'anesthésie commencent à s'étendre au membre inférieur gauche. Le membre inférieur droit reste dans le même état, peut-être moins engourdi. La paralysie de la vessie et des intestins persiste.

Du 27 au 28, l'état du blessé s'aggrave. Une péritonite subaiguë, avec fièvre et vomissements, survient. Le ventre est météorisé et très douloureux à la pression. Le blessé a mangé deux oranges; il attribue à ce fait l'aggravation survenue.

Du 29 au 31, les accidents abdominaux diminuent. L'urine, qui depuis déjà quelques jours sortait trouble et sédimenteuse, se présente dans la nuit du 27 sanguinolente, couleur de vin rouge, et se maintient dans cet état pendant 4 ou 5 jours. La paralysie et l'anesthésie du membre inférieur gauche s'accroissent.

Du 1^{er} au 3 septembre, les derniers symptômes de péritonite ont presque entièrement disparu. La paraplégie est devenue totale. De fortes douleurs à la hanche et à la cuisse droites se manifestent et on découvre une large eschare sur la hanche gauche, attribuée à la pression exercée par le poids du malade sur le lit.

Du 4 au 6, nouvel examen de la blessure. Il y a au centre un petit orifice; il permet l'introduction d'un stylet qui suit une direction oblique de haut en bas, intérieurement et en avant. Le stylet arrive à toucher l'os et laisse encore percevoir un tintement métallique. Les médecins essaient d'élargir le trajet fistuleux au moyen de mèches d'éponge préparée.

Du 7 au 10, le malade accuse une augmentation des douleurs de la hanche et de la jambe droites; il y a une eschare sur le trochanter droit. Le 8, des déjections spontanées se sont produites, les urines étaient claires. Mais, le 10, la fièvre survient, le ventre est météorisé et douloureux; on remarque quelques gouttes de sang dans les urines.

Du 11 au 14, peu de changement dans l'état du malade. De l'eschare du trochanter s'échappe un pus aqueux et fétide; la plaie mesure une étendue égale à la paume de la main. Dès le 11, on a constaté des rougeurs sur le sacrum.

Du 15 au 17, le météorisme, un instant disparu, revient; le malade se plaint de douleurs au pied droit; mais, le 17, il peut mouvoir pour la première fois les orteils du pied gauche.

Le 18, l'eschare du trochanter droit se détache et laisse à nu le périoste. La maigreur est extrême. Des phénomènes convulsifs se manifestent au membre inférieur droit.

Le 19 (un mois après la blessure) le malade est transporté chez lui. Les mouvements volontaires du membre inférieur gauche sont plus libres. Les mouvements convulsifs du membre inférieur

droit (probablement exagération des réflexes, phénomène du pied, etc.) persistent. L'émission des urines continue à se faire artificiellement ; le décubitus de la hanche est en voie de cicatrisation. L'eschare du sacrum est parfaitement formée.

Du 20 au 30, l'amélioration est sensible. La constipation cède ; les intestins fonctionnent régulièrement. L'émission spontanée des urines revient, quoique rare ; on réduit l'usage du cathétérisme à une fois par jour ; le 30, le malade urine librement. L'eschare du sacrum s'élimine peu à peu et tombe enfin le 27. Les contractions musculaires persistent, violentes, en se manifestant de temps en temps au membre inférieur droit ; les pieds sont légèrement œdématisés.

6 octobre. — La plaie du dos est déjà cicatrisée ; celles des décubitus sont en voie de cicatrisation. Les contractions spasmodiques et douloureuses (crampes) sont persistantes. Le malade ne peut plus conserver les jambes allongées, parce que l'intensité de ces crampes augmente ; il est obligé de conserver les jambes dans un état de demi-flexion.

12. — État général satisfaisant ; cependant les urines sont redevenues troubles, ce qui oblige à recourir au cathétérisme une fois par jour. Constipation ; pieds très œdématisés.

19. — Le malade peut mouvoir spontanément, mais faiblement, les orteils du pied droit et quelques muscles de la cuisse.

24. — État général excellent. Les contractions spasmodiques continuent néanmoins, très violentes, dans les deux membres inférieurs, mais surtout du côté droit. Il ne suffit plus au malade de conserver les jambes en état de demi-flexion ; si les pieds ne sont pas appuyés, soutenus, des accès de contractions spasmodiques fort douloureuses surviennent et lui font pousser des cris aigus. Quelques douleurs se manifestent au siège de la blessure et s'irradient dans les côtés du thorax. L'anesthésie persiste, mais la vessie, et les intestins fonctionnent régulièrement.

2 novembre. — Les mouvements du membre inférieur droit continuent à se développer, mais sont encore limités aux orteils et à la flexion de la jambe et de la cuisse ; ils sont toujours faibles et lents.

La jambe est maintenue en demi-flexion, mais cela n'empêche pas toujours la manifestation des mouvements convulsifs avec extension subite et violente, accompagnée de douleurs aiguës qui ne cèdent qu'en replaçant le malade dans sa position primitive. Mêmes accidents à la jambe gauche. Des accès d'épilepsie spinale, sans douleur, mais avec sursauts et convulsions généralisées, sont manifestes. L'extension forcée de la jambe gauche est difficile et

même impossible au delà de certaines limites, parce qu'il y a contracture des muscles fléchisseurs. Toutes les plaies des décubitus sont presque entièrement cicatrisées. L'état général continue à être excellent. Le corps du malade est aussi nourri qu'avant la blessure ; il mange à table, assis sur une chaise ordinaire où on le place, mais il ne peut encore se retourner dans le lit. Un panaris survient au médius de la main droite.

Ici se terminent les notes quotidiennes de M. le Dr Silva Lima. Mais, pour compléter l'historique de ce cas, nous avons les informations précises de la famille, dont un des membres est médecin et a soigné le malade pendant longtemps.

L'amélioration continue sa marche progressive de telle sorte qu'au bout de deux ans le malade pouvait déjà marcher, n'ayant pour tout appui qu'une canne qu'il tenait à la main droite. F..., qui pendant longtemps a habité un second étage, parcourait toute la maison, montait et descendait chaque jour deux grands escaliers et sortait pour aller faire la classe dans le collège même où il avait été blessé. Dans la rue, il prenait un palanquin, espèce de chaise à porteur, dont il descendait à la porte de l'établissement ; il est même parvenu à pouvoir monter sur une échelle.

Sa démarche cependant a toujours appartenu au type unilatéral des hémiplegiques ; il marchait en fauchant, s'appuyait sur le membre inférieur gauche et décrivait avec la jambe droite la ligne courbe à concavité interne de la démarche hélicopode, usant la chaussure par le bout et sur le bord intérieur. De fait, les réflexes ont toujours été exagérés et le moindre choc ou un ébranlement moral quelconque suffisait pour provoquer un violent accès d'épilepsie spinale. Du côté gauche, il y avait un léger degré de parésie et d'hypoesthésie et, du côté droit, un peu d'hyperesthésie avec paralysie motrice.

La symptomatologie indiquait donc à peu près le syndrome des lésions portant sur une moitié de la moelle.

Le malade a toujours conservé un certain degré de paralysie intestinale, qui l'obligeait à l'usage constant de lave-

ments, de même qu'un certain degré d'atonie vésicale qui s'étendait jusqu'au sphincter de la vessie et déterminait une presque incontinence d'urine; il en est même venu à essayer l'usage des récipients spéciaux employés en pareil cas. Cinq ou six fois, postérieurement à la blessure, le malade a été atteint d'hématurie généralement précédée d'une rétention d'urine. Lorsque le malade parvenait à uriner, il expulsait un caillot de sang auquel succédait pendant un certain temps une émission d'urine teintée en rouge, sanguinolente. Ces perturbations vésicales ont causé une cystite catarrhale chronique qui a suivi le malade jusqu'à la mort.

Les organes génésiques ont conservé leur vigueur, du moins pendant quelque temps après; il a eu trois enfants, dont deux ont atteint leur complet développement, le premier né en 1863, six ans après la blessure, le second né en 1865.

La paralysie des membres inférieurs n'a jamais disparu; bien au contraire elle a augmenté avec le temps; les accès d'épilepsie spinale sont devenus de plus en plus fréquents et, en 1880, cinq ans avant la mort de F., il lui était complètement impossible de marcher: la locomotion se faisait au moyen d'un fauteuil mécanique qu'il conduisait lui-même. Toutefois il n'a pas eu de contractures pendant cette période et a conservé dans les membres supérieurs une force physique peu commune. C'était un homme intelligent, un esprit cultivé; sa vigueur intellectuelle s'est maintenue intacte.

Mais il portait en lui un héritage arthritique très chargé et a fini par présenter le tableau clinique classique de l'artério-sclérose: vaisseaux athéromateux, anévrysmes miliaires dans les artères des membres supérieurs, cœur hypertrophié et néphrite. A peine peut-on dire que l'urine n'a pas présenté tous les caractères de celle de la néphrite artérielle, attendu qu'elle a révélé dès les commencements, dans une albuminurie abondante, des lésions sérieuses de l'épithélium glandulaire.

Il est bien probable que les lésions de la vessie, la cystite

chronique et surtout les fréquentes hématuries, ont exercé une grande influence sur la production de cette néphrite.

Lésions vertébrales. — Ainsi que le montrent les figures 1, 2 et 3, les 8^e, 9^e et 10^e vertèbres dorsales étaient compromises dans la lésion rachidienne.

Dans la gouttière vertébrale droite, sur la face postérieure



Fig. 1. — A, saillie osseuse sur la gouttière vertébrale droite, point où a pénétré la pointe de la lime.

des apophyses articulaires des 8^e et 9^e vertèbres, on voit une saillie osseuse, formée aux dépens des deux vertèbres, exactement au point où les deux apophyses articulaires se superposent. La partie de la saillie qui appartient à la 8^e vertèbre se trouve sur la face postérieure et sur le bord inférieur de l'apophyse articulaire droite ; celle qui appartient à la 9^e vertèbre se trouve sur le bord postérieur et supérieur de l'apo-

physe transverse, formant avec l'apophyse articulaire supérieure du même côté un angle rentrant, où vient se loger le bord inférieur de l'apophyse articulaire droite de la 8^e vertèbre. Cette saillie indique précisément l'endroit où la pointe de la lime a pénétré, c'est-à-dire, comme le montre la figure 1, dans la lame du côté droit de la 9^e vertèbre, immédiatement au-dessous de la surface articulaire de l'apophyse articulaire supérieure, compromettant le bord inférieur de



Fig. 2. — Face supérieure du corps de la 9^e vertèbre dorsale, traversée par le fragment de lime.



Fig. 3. — Face supérieure du corps de la 10^e vertèbre dorsale où a pénétré la pointe de la lime.

l'apophyse articulaire correspondante de la 8^e vertèbre. Sur la face antérieure ou interne de la 9^e vertèbre, il y a une dépression correspondant au point d'entrée de l'instrument piquant. La saillie osseuse ferme complètement le trou fait par la pointe de la lime dans la lame vertébrale et n'en est plus que le vestige.

Sur le bord inférieur et postérieur du corps de la 9^e vertèbre, se trouve enchassé le fragment de la lime, qui mesure 33 millimètres de longueur et dont la base fait saillie dans le canal vertébral, tandis que la pointe pénètre dans la moi

tié gauche de la face supérieure du corps de la 10^e vertèbre, venant effleurer à son extrémité la face antérieure du corps de cette vertèbre (fig. 3), exactement au point de jonction de ce que l'on peut appeler la face antérieure avec la face latérale gauche du corps de la vertèbre.

Le fragment de lime (fig. 2), très rouillé, semble se désagréger. Il se dirige de haut en bas, d'arrière en avant et de droite à gauche, et divise presque complètement la lumière du canal rachidien en deux orifices : un à gauche, plus grand, et l'autre à droite, plus petit; effectivement, la base de la pointe de la lime ne se trouve qu'à 5 millimètres de la paroi postérieure du canal.

Il est évident que le fragment métallique a progressé lentement dans l'épaisseur du rachis après la blessure; car, si aujourd'hui la paroi postérieure du rachis se trouve cicatrisée et si la base du fragment de lime est éloignée de cette paroi, les médecins qui se sont livrés aux premiers examens ont trouvé dans leurs explorations la base du fragment en dehors, quoique au ras, de la face postérieure de la lame vertébrale.

Lésions médullaires. — Si l'on compare la position du fragment de lime dans le canal vertébral avec la symptomatologie de la lésion, on voit que la moitié droite de la moelle a dû être seule intéressée directement et que, si elle n'a pas été traversée de part en part, comme pourrait le faire supposer la position de la pointe de la lime, c'est à cause de la mobilité de la moelle dans le canal rachidien. De fait, la paralysie s'est limitée au membre inférieur droit pendant les premiers jours et ce n'est que cinq ou six jours après qu'elle s'est étendue au membre inférieur gauche, conséquence probable de l'irritation inflammatoire qui s'est propagée à la moitié gauche de la moelle. Enfin, ce n'est que plus tard encore que se sont manifestés les symptômes de compression médullaire, que Charcot a appelés les *symptômes extrinsèques*.

Les améliorations éprouvées par le malade, malgré la lé-

sion de la moelle et la compression que la lime et la pachyméningite circonvoisine exerçaient sur elle, ne présentent rien d'extraordinaire; ce sont des faits connus et Charcot (1) cite des exemples semblables, dont un, notamment, où il s'agit d'un cas où la moelle comprimée avait été réduite aux dimensions d'un tuyau de plume d'oie.

Quant à la tolérance de la moelle pour des corps étrangers, c'est un fait dont on cite des observations curieuses, quoique rares. Kirmisson (2) cite l'observation, communiquée à l'Académie des sciences en 1743, d'un homme qui guérit d'une plaie de la moelle et chez lequel on trouva à l'autopsie, plusieurs années après, un fragment d'épée logé au milieu de la substance grise.

Au point de vue médico-légal, ce cas suggère des considérations d'un intérêt incontestable. Les blessures perforantes du canal rachidien dans la région dorsale sont rares lorsqu'il ne s'agit pas de blessure par arme à feu. La superposition des lames et des apophyses épineuses garantit cette région et offre une protection naturelle à la moelle, qui ne peut être atteinte que lorsque le stylet trouve un trou de conjugaison ou quand une inclinaison exagérée du corps en avant éloigne les apophyses épineuses et les lames vertébrales les unes des autres et permet la pénétration de l'arme jusqu'au canal rachidien. C'est ce qui est arrivé dans les deux cas observés par le professeur Angiolo Filippi (3).

Dans les ouvrages de médecine légale et de chirurgie que j'ai pu consulter, le cas du Dr Kirmisson, communiqué à la *Société de Médecine légale de France* par le Dr Valude (4), est le seul où j'aie rencontré une observation de perforation des lames des vertèbres dorsales, semblable à celle que j'ai l'honneur de présenter.

Mais ce n'est pas seulement comme un exemple de bles-

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1886, t. II, p. 103.

(2) Kirmisson, in Duplay, *Traité de pathologie externe*.

(3) Filippi, *Due casi di ferimento del midollo spinale*. Firenze, 1879.

(4) Valude, *Bulletin de la Soc. de Méd. lég.*, t. X, p. 177.

sure rare que ce cas est digne d'intérêt pour la médecine judiciaire.

L'existence du malade prolongée pendant un laps de temps aussi long après la blessure et l'abstention d'une intervention quelconque de la chirurgie lui donnent la valeur d'une véritable expérience clinique sur les conséquences d'une lésion de cette nature, livrée à elle-même, et peut jeter de la lumière sur le jugement des experts en ce qui touche les suites possibles des cas semblables.

A propos d'un cas analogue à celui-ci, M. Gilles de la Tourette (1), en le communiquant à cette Société, faisait remarquer que, dans les premiers mois de la lésion, il est impossible de formuler un jugement précis sur les conséquences possibles de l'événement. En effet, dans le cas que nous rapportons, en présence de la rétention d'urine, des lésions vésicales, des accidents abdominaux, des eschares, des signes de la dégénérescence secondaire de la moelle, il aurait été impossible de prévoir de prime abord que cet homme, — bien que toujours malade des membres inférieurs, — pût encore vivre vingt-huit ans, assez valide pour continuer presque jusqu'à sa mort l'exercice du professorat et ne pas se trouver par conséquent incapable de travailler.

Ce cas prouve toutefois, également, que l'on ne pourrait atténuer au delà d'une certaine limite la responsabilité de l'agresseur; car s'il est vrai que la victime est arrivée à pouvoir marcher sans autre appui que celui que lui offrait sa canne et s'il a pu continuer à exercer ses fonctions pendant longtemps encore, sans autre dérangement que celui qui résultait de son état parélique, il n'en est pas moins certain qu'il est devenu complètement paraplégique et qu'il a fini par succomber probablement aux conséquences éloignées de sa blessure; il est, en effet, presque hors de doute que les lésions vésicales graves qui en ont été la résultante n'ont pas été étrangères à la néphrite qui a déterminé la mort.

(1) Gilles de la Tourette, *Traumatisme de la moelle par armes à feu* (Bull. de la Soc. de Méd. lég., t. X, p. 175).

Ce n'était pas en vain que, dans son rapport sur l'état du sieur Miquignon, M. Richardière (1) insistait sur le danger qui subsiste tant qu'il reste de la paralysie vésicale. Et, en effet, le cas que nous rapportons ne fait que confirmer toute la justesse de la conclusion de M. Richardière sur l'état du malade du Dr Marquezy.

« En résumé, écrivait-il, le pronostic *quod futurum* est des plus sombres. Si le blessé échappe aux innombrables complications que nous venons de passer en revue, il n'en restera pas moins paralysé des membres droits jusqu'à la fin de ses jours. Cette paralysie sera ou flasque ou plutôt avec contracture. Elle constituera, dans l'une ou l'autre hypothèse, une infirmité sans remède. »

— A l'occasion des vacances judiciaires la séance du mois d'août est supprimée ; les travaux de la Société seront repris au mois de novembre.

La séance est levée à cinq heures et demie.

(1) Richardière, *Rapport médical sur l'état du sieur Miquignon* (*Bull. de la Soc. de Méd. lég.*, t. X, p. 137).

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1897.

Présidence de M. BENOIT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance qui comprend des lettres de remerciements de MM. Dufour (de Marseille), Olive (de Nantes), Grasset (de Riom), et Cullerre (de la Roche-sur-Yon), nommés membres correspondants.

Il communique ensuite une lettre du ministère de l'instruction publique annonçant l'ouverture du Congrès des Sociétés savantes, pour le 12 avril 1898. Une question intéresse la Société. Elle a pour titre : *Rapports de l'alcoolisme avec la criminalité*.

LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Fraboulet, membre correspondant à Saint-Brieuc.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE

Tenu à Bruxelles du 2 au 7 août 1897.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous parler du Congrès de médecine légale de Bruxelles auquel vous nous avez délégués. Les *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale* en ont publié les procès-verbaux des séances (1) tels que les avaient fidèlement reproduits les journaux de médecine de Belgique, je puis donc me dispenser d'entrer aujourd'hui dans le détail des discussions, vous les trouverez dans notre *Bulletin*; mais, j'ai le devoir de vous dire l'accueil que nous avons reçu de nos collègues, l'impression que nous en avons gardée.

Vous vous souvenez, Messieurs, de la lettre d'invitation qui nous avait été adressée, par la Société de médecine légale de Belgique: « La sœur cadette, nous disait-elle, sera heureuse et fière de recevoir sa sœur aînée »; et, dès la première heure, nous avons eu le sentiment que nous nous trouvions comme en famille; des mains amies se tendaient vers nous; et, de la première à la dernière séance, le courant de sympathies n'a pas été interrompu.

M. le Ministre de la justice, M. Begerem, nous fit l'honneur de présider la séance solennelle et de nous souhaiter la bienvenue. Il le fit dans des termes élevés, et rendit hommage au concours que la justice trouve chez des hommes dont elle a su depuis longtemps apprécier et la science et la dignité du caractère. Il jugea de haut le rôle du médecin dans l'étude des problèmes si délicats et si difficiles qui sont du ressort de la médecine légale, et dit combien la Belgique était heureuse, était fière, de voir se succéder chez elle les congrès scientifiques, dont elle a pris l'initiative à l'occasion de son Exposition internationale. Puis, Messieurs, nous nous sommes mis au travail, et votre délégation a essayé de justifier votre confiance par la part active qu'elle a prise dans les discussions des nombreux et importants rapports du programme si soigneusement préparé par le comité d'organisation.

Pendant toute une semaine, trop vite écoulée à notre gré, nous avons reçu, Messieurs, les témoignages de la plus cordiale, de la plus vive sympathie. La municipalité de Bruxelles a eu pour nous

(1) *Annales d'hygiène*, 1897, t. XXXVIII, p. 367.

les prévenances les plus délicates, le gouvernement a voulu prendre officiellement sa part dans nos travaux : une excursion des plus intéressantes nous a été offerte à Tervueren où était installé un campement congolais. Les fêtes ont succédé aux fêtes et nos hôtes, nos excellents confrères de Belgique, se sont multipliés pour nous rendre la vie aussi agréable que facile dans leur hospitalière cité. Nous sommes revenus charmés, reconnaissants. Nous rapportons à la Société de médecine légale de France le témoignage de l'attachement que la Société de médecine légale de Belgique nous a maintes fois manifesté pour elle. Si nous ne pouvons remercier tous nos collègues de Belgique, nous pouvons du moins adresser à M. le Dr Miot, de Charleroi, président du comité d'organisation du congrès, à M. Camille Moreau, secrétaire général, à M. Hendrix, questeur, l'expression sincère de notre gratitude.

Il vous appartient, maintenant, Messieurs, de préparer la réalisation d'un vœu formulé devant nous, et que nous avons, en votre nom, accueilli de grand cœur, c'est celui-ci :

« Le prochain Congrès international de médecine légale se tiendra, en 1900, à Paris. »

M. CONSTANT demande que le compte rendu complet du Congrès soit publié *in extenso* dans le *Bulletin* (adopté).

LA PROSTITUTION CLANDESTINE

par M. le Dr Commenge.

Analyse par le Dr P. Descoust.

Chef des Travaux de médecine légale pratique
à la Faculté de médecine

Le Dr O. Commenge, médecin en chef du dispensaire de salubrité de la préfecture de police, vient de publier un livre d'hygiène sociale intitulé *La Prostitution clandestine à Paris* (1).

Jusqu'à présent les livres semblables n'étaient souvent que des travaux où la fantaisie des auteurs se donnait presque toujours libre carrière.

Mais le Dr Commenge, grâce à sa situation de médecin en chef du dispensaire de salubrité, se trouvait mieux placé que n'importe qui pour mener à bien un semblable travail. C'est ainsi qu'il a pu documenter d'une façon complète et irréfutable son étude, ce qui en fait un livre de vérité.

Le sujet du livre est vieux comme le monde ; mais il sera toujours d'actualité. En effet, en tous temps et en tous pays, on s'est prostitué de toutes les façons et à tous les tarifs, si bien que prostitution et genre humain ont toujours marché de pair. En haut, en bas et au milieu de l'échelle sociale, la prostitution se retrouve toujours ; elle est de toutes les époques, de tous les âges, tant des âges de la vie que ceux du monde.

L'auteur divise son travail en neuf chapitres. Il étudie longuement les causes de la prostitution.

Il commence par montrer les diverses étapes morales et physiques suivies par la jeune fille, avant d'arriver à la prostitution.

Si, dans beaucoup de cas, la camaraderie, les mauvais exemples, le milieu dans lequel elle vit, les mauvais conseils suffisent pour pousser la jeune fille à se prostituer, dans beaucoup d'autres, elle s'y trouve entraînée par une perversité native difficile à comprendre et à expliquer, par une absence complète de sens moral et souvent par le besoin d'argent.

De chute en chute, la jeune fille qui avait d'abord accordé ses

(1) Commenge, *Hygiène sociale : La prostitution clandestine à Paris*. Paris, 1897, Librairie Reinwald. Schleicher frères.

faveurs à un amant seulement, n'a pas tardé à les donner à plusieurs pris au hasard des rencontres de la rue. Un beau jour, elle se fait arrêter isolément au sortir d'un hôtel meublé qui lui sert pour ses passes d'occasion, ou elle est englobée dans une des rafles faites de temps à autre par le service des mœurs.

Cette jeune fille est conduite devant le commissaire de police qui, très souvent, la rend à sa famille sans la faire passer par le dispensaire, surtout si elle en est à sa première arrestation, et si les parents prévenus se chargent de la surveiller à l'avenir.

L'auteur montre tous les efforts tentés par la préfecture de police pour que les filles mineures et même celles qui sont majeures soient accueillies de nouveau dans la maison paternelle.

Ce chapitre contient des documents intéressants pour ceux qui s'occupent d'études sociales ; il est à lire et à méditer.

Après avoir montré la jeune fille dans les multiples transformations subies depuis son départ de la maison paternelle jusqu'à sa première visite au dispensaire de salubrité, l'auteur prouve par des statistiques multiples qu'elle n'arrive dans cet établissement et ne passe de là à Saint-Lazare qu'après avoir présenté pendant plusieurs mois un état pathologique des plus graves, vénérien ou syphilitique, qu'elle ignorait ou qu'elle n'a rien fait pour améliorer quand elle le connaissait.

Il parle à cette occasion du fonctionnement du dispensaire, que les uns veulent unique, que d'autres voudraient multiple. Il signale en passant les modifications heureuses apportées dans le service des examens des femmes par l'emploi des appareils à stériliser les spéculums et par la substitution des embouts métalliques à ceux en bois.

Il traite ce sujet en médecin connaissant à fond la question.

Mais à côté de la partie scientifique et des nombreuses statistiques montrant la gravité des maladies ainsi rencontrées chez les filles faisant de la prostitution clandestine, le Dr Commenge s'est appliqué à rechercher les professions fournissant le plus de recrues à la prostitution.

Il nous montre que les domestiques fournissent le plus fort contingent ; il nous révèle ainsi une situation d'une gravité exceptionnelle et qui mérite vraiment d'attirer l'attention de tous ceux qui ont souci de la santé publique et aussi de ceux qui doivent veiller à la sécurité des foyers.

En signalant, avec toute l'insistance nécessaire, les dangers que la prostitution des domestiques peut faire courir à ceux qui les emploient, l'auteur a rendu un grand service.

Jusqu'à présent on avait souvent parlé de l'introduction dans les

familles de la syphilis par la voie des nourrices ou des nourrissons, mais on avait négligé de s'occuper de cette transmission possible par les autres domestiques mâles ou femelles si intimement mêlés à notre vie de chaque jour et pouvant si facilement se servir des mêmes objets que nous.

Il y a là, au point de vue médico-légal, un fait extrêmement intéressant. Vous avez entendu ici dernièrement la discussion qui a eu lieu à propos d'un cas de syphilis communiquée à une nourrice par un nourrisson, et du refus par le tribunal d'accorder une indemnité pour ce fait, personne n'ayant pu prouver que la maladie de l'enfant fût imputable au père ou à la mère. Certains d'entre vous ont considéré comme excessive la décision des juges.

En montrant que la syphilis peut pénétrer dans notre intérieur par le fait des domestiques mâles ou femelles, le Dr Commenge a averti le médecin expert.

Il en résulte que dans toute expertise de transmission de syphilis par une nourrice ou par un nourrisson, l'expert devra se livrer à une enquête approfondie intéressant à la fois les maîtres de la maison et tous les domestiques, surtout s'il ne trouve aucune manifestation syphilitique chez les parents.

M. Commenge, en nous faisant connaître la prostitution fréquente chez les domestiques, nous donne l'explication de certaines syphilis dont la voie d'entrée dans les familles n'avait pu être établie.

Tout le chapitre VII du livre est donc à lire attentivement par le médecin expert. Il ne tardera pas à être complété par les observations nouvelles que chacun viendra apporter.

L'insoumise a été reconnue malade par le service du dispensaire, elle est envoyée à Saint-Lazare, dont l'auteur donne une description détaillée dans le chapitre V.

Après un séjour plus ou moins prolongé, généralement trop court, elle sort de cet établissement, qui ne devrait être qu'une infirmerie surveillée, mais qui a toutes les allures d'une prison, et qui en restera toujours une jusqu'à sa démolition.

M. Commenge a étudié successivement toutes les mesures que nécessitait la mise en liberté de la malade guérie ou son envoi chez ses parents, suivant qu'elle est majeure ou mineure.

Certaines associations philanthropiques (Hôpitalité du Travail, Bon Pasteur, etc.), leur ouvrent à ce moment leurs portes et donnent quelquefois de bons résultats, au point de vue de leur relèvement moral.

Enfin, le chapitre IX étudie la question si ardue, mais si importante, de la réglementation de la prostitution.

On aurait pu mettre en tête de ce chapitre les deux aphorismes suivants :

1° « La syphilis est rarement engendrée par la prostitution réglementée.

2° « La syphilis est presque toujours engendrée par la prostitution clandestine. »

Des discussions passionnées ont eu lieu sur ce sujet, tant à l'Académie de médecine qu'au Conseil municipal et au Sénat, et le Dr Commenge n'a pas de peine à montrer que les arguments fournis par les partisans de la liberté de la prostitution n'ont aucune valeur pratique.

La réglementation actuelle est-elle bonne ?

C'est évidemment là la question délicate.

La jeune fille, plusieurs fois arrêtée, reçoit sa carte. Elle tombe sous le coup d'un règlement certainement rédigé au moyen âge par des bureaucrates amis de l'ordre, mais ignorants des questions sociales et de la nécessité sociale de la prostitution.

Ces règlements antédiluviens prennent la prostituée à son réveil, lui règlent l'emploi de sa journée, la façon de s'habiller, et lui imposent l'obligation de circuler dans des limites déterminées et dans « un endroit pas fréquenté, mais ni désert ni obscur », et enfin la nécessité de la visite corporelle deux fois par mois.

Voilà l'existence de la prostituée réglementée et en carte.

Va-t-elle pouvoir exercer tranquillement sa profession et trouver dans le quartier qui lui a été assigné les ressources nécessaires à son existence ? Certainement non.

Elle fait souvent des excursions en dehors de son domaine officiel et ne tarde pas à être arrêtée et envoyée au Dépôt ; elle a souvent passé sa visite le matin, ce dont témoigne la carte qu'elle possède, mais son arrestation est maintenue ; quelques-unes de ces malheureuses sont ainsi arrêtées tous les deux jours. — Pourquoi ces arrestations ? Personne n'a jamais pu le dire. Sa carte devrait être une sauvegarde. C'est tout le contraire, actuellement du moins. Il y a là une réforme administrative à faire.

Mais c'est la prostitution en cheveux et en tablier qui constitue la plus grande partie de ces arrestations aussi inutiles que répétées.

Quant à la prostituée élégante et en chapeau des établissements de plaisir et des grands cafés, celle-là personne n'y touche, à moins de circonstances exceptionnelles ; elle a eu et a souvent encore une carte, mais les visites inscrites y sont rares, quand elles ne manquent pas depuis des années.

Dans ce dernier chapitre, l'auteur touche à une question des

plus importantes, la diminution des maisons publiques dites de tolérance, l'augmentation des maisons clandestines.

On peut certainement prédire que dans vingt ans les maisons publiques auront presque toutes disparu de Paris, à l'exception de quelques établissements luxueux, et cela grâce aux règlements barbares et moyennageux qui les obligent à s'habiller extérieurement d'un gros numéro et de volets clos, qui les désignent ouvertement à tout le monde, si bien que dans la journée personne n'y entre et que c'est le soir seulement que les clients se risquent à y pénétrer sans crainte d'être vus.

Cette mise en vedette des maisons de prostitution sera la cause de leur disparition, à moins que de nouveaux règlements viennent leur laisser la possibilité de se présenter sous l'aspect des autres maisons.

Cela est si vrai que l'une des maisons publiques les plus prospères de Paris, est une maison que rien ne signale à l'attention du passant; le client y peut entrer et sortir sans que tous les passants de la rue puissent voir qu'il entre dans une maison de prostitution. Le succès de la maison clandestine ne tient pas à d'autres causes.

Dans les quartiers ouvriers, la maison de prostitution a été remplacée par le marchand de vin logeur. Presque chaque boutique de marchand de vins a une clientèle de trois ou quatre filles en carte ou non, qui raccolent dans la rue des clients qu'elles ramènent dans le débit, qu'elles font consommer et avec lequel elles se retirent pour quelques instants dans un cabinet ou une chambre.

De cette façon, les deux commerces prospèrent à la fois, celui de la fille et celui du marchand de vin. Quand la fille est en carte et qu'elle est majeure, l'inconvénient est relativement faible; malheureusement il s'agit souvent des filles mineures et presque toujours malades. Rien ne serait à mon avis plus facile que de réglementer toutes les maisons clandestines ou de rendez-vous; il faudrait leur imposer, comme condition *sine qua non* d'existence, de ne recevoir que des filles majeures ou en carte; une fermeture immédiate et définitive suivrait la première infraction. La police surveillerait ainsi ces maisons sans en éloigner le client, et la crainte d'une fermeture sans appel inspirerait aux directrices de ces établissements un respect absolu des règlements.

Que la maison publique à gros numéro et à volets fermés disparaisse, cela n'a aucun inconvénient. Mais si la police permet la création de nombreuses maisons plus discrètes d'aspect, dans

lesquelles les clients pourront pénétrer sans crainte d'être remarqués, celles-ci doivent être bien surveillées.

Quant à supprimer la réglementation, M. Commenge prouve, statistique en mains, que les nations (Italie et Angleterre) qui ont voulu faire l'essai de la liberté de la prostitution, n'ont pas tardé à être obligées de revenir à cette réglementation, en présence de l'augmentation invraisemblable des maladies vénériennes.

Nous n'en sommes pas encore là en France.

Les considérations, développées par le D^r Commenge dans le cours de cet ouvrage, le sont avec une méthode et une clarté rares et méritent d'être l'objet des méditations de tous ceux, savants ou philosophes, qui s'intéressent à la solution des problèmes sociaux que soulève la prostitution et qu'elle soulèvera pendant longtemps encore.

La séance est levée à 5 heures et demie.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1897.

Présidence de M. BENOIT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. SOCQUET annonce à la Société la présence de M. le Dr Stanislas TIECHANOWSKI, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Cracovie, en mission en France ; le président lui souhaite la bienvenue.

M. MOTET rappelle à la Société la perte qu'elle vient de faire en la personne du professeur TARNIER.

La correspondance comprend deux brochures de M. LEGLUDIC, membre correspondant, une lettre du Ministre de l'instruction publique informant la Société que le Congrès des Sociétés savantes se tiendra à la Sorbonne le 12 avril prochain.

M. MOTET signale à l'attention de la Société une leçon de M. le professeur Fournier sur les *Devoirs du médecin dans le cas de syphilis communiquée par un nourrisson*. Cette leçon a été publiée dans le *Bulletin médical* (n^{os} du 1^{er} et du 3 décembre 1897).

M. CONSTANT est chargé de faire un résumé de cette leçon pour le *Bulletin de la Société*.

M. MOTET fait remarquer que la Société de médecine légale, en vertu de son règlement (article 8, paragraphe 3), peut nommer membres honoraires les personnes qui ont rendu des services à la médecine légale ; or M. Fournier est de celles-là ; il a bien mérité de la médecine légale, il est digne à tous égards de l'honorariat.

La Société à l'unanimité confère à M. FOURNIER le titre de membre honoraire.

M. MOTET, à propos de la promulgation de la loi sur les nouvelles conditions de l'instruction judiciaire, fait remarquer que sur cette réforme viendra forcément se greffer à un moment ou à un autre la question des expertises et contre-expertises. M. Motet fait observer qu'une commission étant saisie de cette affaire il serait bon qu'elle se réunisse et envisage ce nouvel aspect de la question.

M. MOTET rend compte de diverses communications de M. le Dr LIEGEY.

Renouvellement partiel du bureau et de la commission permanente.

MM. CHARPENTIER et LADREIT DE LA CHARRIÈRE, vice-présidents ; MM. BRIAND et VALLON, secrétaires annuels, sont maintenus dans leurs fonctions par acclamation.

MM. BROUARDEL, YVON, DANET, membres sortants et non rééligibles de la commission permanente, sont remplacés par MM. POUCHET, GARNIER et LEFUEL.

M. CONSTANT rappelle à la Société que le traité relatif à la publication du *Bulletin de la Société de médecine légale* avec MM. J.-B. Baillièrre et fils expire le 31 décembre 1898, ayant été régulièrement dénoncé conformément au vote unanime émis dans la séance de décembre 1896.

Depuis cette époque, la commission nommée pour élaborer un nouveau traité s'est plusieurs fois réunie et a soumis à MM. J.-B. Baillièrre et fils un projet qui n'a pas été accepté.

D'autre part, si les efforts de la commission ont abouti à vous faire adresser chaque mois un fascicule contenant les procès-verbaux de nos séances et de nos documents les plus récents, nous devons reconnaître que la composition et la distribution de ce fascicule mensuel laissent beaucoup à désirer et qu'il ne peut être dans la forme où il se présente qu'essentiellement provisoire.

Dans ces conditions, et bien que nous ayons encore une année devant nous, j'estime qu'il convient de se préoccuper de cet état de choses le plus tôt possible et de faire appel à tous les concours pour arriver enfin à avoir une publication régulière, tout à fait indépendante et digne en tous points des travaux si intéressants et si utiles qu'elle recueille.

J'ajoute qu'il est aussi désirable que nous nous préoccupions, en vue même du Congrès international de médecine légale que nous projetons pour 1900, de la composition et de la publication d'une table alphabétique et analytique de notre *Bulletin*. Nous n'avons donc pas de temps à perdre et, à cet effet, nous venons vous proposer de prendre les deux résolutions suivantes :

1^{re} La Société renouvelle à la commission spéciale déjà nommée le mandat qu'elle lui a donné pour conclure le plus tôt possible et aux conditions les plus avantageuses un nouveau traité pour la publication du *Bulletin*.

2^o La Société décide que cette même commission, à laquelle s'adjoindront MM. LEREDU et BRIAND, arrêtera le plan de la publication d'une *table alphabétique et analytique du Bulletin*, depuis sa fondation jusqu'à ce jour, et assurera, d'accord avec le bureau de la Société, les voies et moyens pour parvenir à cette publication pour l'année 1900 au plus tard.

Les résolutions proposées par M. Constant sont adoptées à l'unanimité.

M. VALLON fait une communication ayant pour titre : *Une aliénée auto-accusatrice*.

ALIÉNÉE AUTO-ACCUSATRICE

Par M. Ch. Vallon,

Médecin de l'Asile d'aliénés de Villejuif (Seine),
Expert près les Tribunaux.

Certains individus, sous l'influence d'un état mental particulier, s'accusent eux-mêmes de méfaits dont ils sont innocents. A la séance de la Société de médecine légale du mois de février 1896, dans une intéressante communication ayant pour titre : *Un inculpé auto-accusateur*, M. Gilbert Ballet (1) a fait l'esquisse de deux groupes d'auto-accusateurs.

Premier groupe. — Persécutés auto-accusateurs. — Ce sont des individus atteints de délire de persécution et qui, comme tous les persécutés, accusent les autres et se plaignent de leurs agissements, mais qui, de plus, s'accusent eux-mêmes : ils se posent en victimes coupables, à l'encontre des persécutés ordinaires qui se prétendent des victimes innocentes.

Deuxième groupe. — Il comprend des individus qui, sous l'influence de mobiles parfois difficiles à découvrir, s'accusent à la police de méfaits imaginaires ou de crimes réels, mais à la perpétration desquels ils savent avoir été parfaitement étrangers; conscients de leur innocence et de la nature mensongère de leurs déclarations, ils obéissent, en s'accusant, à une sorte d'impulsion malade ou à un sentiment ridicule de sottise gloriole et d'absurde vanité.

Dans le premier groupe de M. Ballet on pourrait très légitimement ranger à côté des persécutés les autres aliénés auto-accusateurs : mélancoliques, alcooliques, etc., ayant avec eux ce caractère commun de se croire réellement cou-

(1) Gilbert Ballet, *Un inculpé auto-accusateur* (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, février 1896, tome XXXV, p. 160).

pables, en un mot d'être *sincères*, à l'encontre des aliénés du second groupe qui s'accusent au contraire avec le dessein de tromper, sachant très bien leur innocence, qui sont en un mot des *mystificateurs*, des *menteurs*. *Sincères* d'un côté, *menteurs* de l'autre, voilà donc deux grandes classes d'auto-accusateurs. Dans chacune d'elles il y aurait lieu, bien entendu, d'établir des subdivisions.

Il existe entre les auto-accusateurs du premier groupe et ceux du second, une différence assez marquée au point de vue du caractère même des auto-accusations et surtout des conséquences que celles-ci peuvent avoir.

Les auto-accusateurs menteurs ayant le désir d'induire en erreur, mettent un certain artifice dans leurs inventions, leur donnent un caractère de vraisemblance, si bien que leurs déclarations sont souvent écoutées et deviennent le point de départ d'instructions judiciaires. Les auto-accusateurs sincères au contraire étant tout à fait délirants, leurs accusations ont généralement un caractère plus ou moins absurde et par suite ne sont qu'exceptionnellement prises au sérieux.

L'inculpé qui faisait l'objet de la communication de M. Ballet appartient au groupe des auto-accusateurs menteurs ; c'était un jeune homme de vingt-un ans, faible d'esprit, qui, sous l'influence de sa débilité mentale et aussi de la surexcitation provoquée par des abus d'absinthe, avait cédé à un besoin ridicule de mise en scène et s'était à plusieurs reprises accusé de méfaits dont il n'était pas l'auteur, notamment de la mort d'une fille galante trouvée assassinée à son domicile par un criminel resté inconnu. J'ai observé un cas analogue qui me paraît digne de figurer à côté de celui de M. Ballet. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-un ans qui s'est dénoncée comme coupable d'infanticide et de suppression d'enfant, alors qu'elle était parfaitement innocente. Cette jeune fille, de même que le sujet de M. Ballet, était une faible d'esprit, mais, chez elle, la débilité mentale paraît avoir été le seul facteur de l'auto-accusation ; il n'y a pas eu comme

chez le jeune homme, l'appoint d'une excitation alcoolique. Ainsi que le malade de M. Ballet, ma malade a donné lieu à une instruction judiciaire et M. le juge d'instruction Boucard m'a chargé de procéder à l'examen de son état mental.

Exposé des faits. — Le 30 avril dernier, vers une heure de l'après-midi, boulevard Exelmans, la nommée T... accosta un brigadier des gardiens de la paix et lui fit la déclaration suivante : « Je voudrais parler au commissaire de police en chef pour l'informer que j'ai accouché clandestinement il y a dix jours à Billancourt. J'ai tué mon enfant en l'étouffant et je l'ai enfoui dans le jardin de la maison de mes maîtres. »

Conduite devant M. le commissaire de police du quartier d'Auteuil, T... fournit les explications que voici : « Le samedi 17 de ce mois je suis entrée en service ; comme ma grossesse, quoique arrivée à la fin, n'était pas très apparente, ma maîtresse ne s'en est pas aperçue et je ne lui en ai pas parlé. Dans la soirée du lundi 19, je me suis mise au lit ; deux heures après, il pouvait être environ minuit, j'ai ressenti les premières douleurs de l'enfantement ; je me suis levée et sans que j'aie beaucoup souffert, l'enfant est sorti lorsque j'étais au milieu de la chambre. J'ai coupé une espèce de cordon avec des ciseaux, puis j'ai porté dans le lit l'enfant qui poussait de légers cris et je l'ai étouffé à l'aide d'un oreiller appliqué sur lui. C'était un garçon arrivé à terme. Après m'être assurée qu'il était mort je l'ai immédiatement porté dans le jardin et enseveli assez profondément au pied d'un lilas à l'aide d'une bêche.

« Durant la nuit du mercredi 21 au jeudi 22, je suis retournée dans le jardin ; j'ai déterré mon enfant que j'avais enveloppé dans une de mes chemises et le plaçant dans mon tablier je suis sortie ; devant la porte j'ai pris le tramway qui allait sur Sèvres et je suis descendue bien après Sèvres dans un endroit un peu désert où j'ai enterré le corps de mon enfant. Ensuite je suis retournée chez mes maîtres par un autre tramway et personne à ce moment-là ne s'est aperçu de rien dans la maison. Mais aujourd'hui dans la matinée ma maîtresse me dit : « Vous avez fait quelque chose. Ma fille est allée à la gendarmerie et elle vous le dira. » Prise de peur je me suis sauvée. »

Répondant à une question de M. le commissaire de police, T... ajoute qu'elle a tué son enfant parce qu'il lui était impossible de subvenir à son entretien. Elle refuse de faire connaître l'endroit où elle l'a enterré.

Comme on le voit, T... est très précise dans ses déclarations, rien en somme ne prouve qu'elle ne dit pas la vérité, aussi est-elle mise en état d'arrestation.

Le soir même, M. le commissaire de police, accompagné de T..., se rend dans la maison où elle prétend avoir accouché ; malgré des recherches minutieuses il ne parvient à découvrir aucun indice d'un accouchement récent. Ni le lit dans lequel couchait T..., ni le sol ne présentent de traces de sang ; en revanche les draps et le plancher de la chambre sont maculés d'huile. — T... soutient quand même que son enfant est tombé au milieu de la pièce et qu'elle a lavé la place. Or, le plancher semble n'avoir pas été lavé depuis longtemps.

Invitée à indiquer l'endroit du jardin où elle avait d'abord enterré son enfant, elle montre une plate-bande. Rien n'indique à la surface de la terre qu'un trou y ait été pratiqué récemment.

Interrogée quelques jours plus tard par M. Boucard, juge d'instruction, T..., tout en ricanant à la plupart des questions qu'on lui pose, renouvelle les déclarations faites à M. le commissaire de police. Elle précise même davantage l'endroit où elle a enfoui l'enfant.

J'ai pris, dit-elle, le tramway, je suis descendue à la quatrième station, j'ai suivi une espèce de faubourg planté d'arbres, j'ai tourné à droite, dans une rue assez longue, et puis enfin je suis entrée à gauche dans une autre rue dans laquelle j'ai marché cinq ou dix minutes ; enfin j'ai trouvé un endroit désert, j'ai fait un trou avec une bêche sans manche que j'avais emportée et j'ai mis dedans mon enfant entortillé dans une de mes chemises.

M. le juge d'instruction pose encore à T... un certain nombre de questions. Les voici avec leurs réponses :

D. — Pouvez-vous vous rappeler la date de votre accouchement ?

R. — Ce doit être un samedi.

D. — Depuis combien de temps saviez-vous que vous étiez enceinte ?

R. — Quasiment tout de suite.

D. — Pourquoi avez-vous tué votre enfant ?

R. — Je me suis dit que j'étais veuve, et que si je retournais dans mon pays, mes parents trouveraient à redire à ma conduite ; alors voilà.

D. — Quand vous êtes-vous résolue à tuer votre enfant ?

R. — Sur le moment même ; j'avais bu de l'alcool pour me donner des forces et puis je n'ai plus su ce que je faisais.

T... ajoute que personne ne l'a poussée à s'accuser de son crime, mais qu'ayant tout raconté à M^{me} C..., elle savait bien que les gendarmes finiraient par l'arrêter.

Il a été établi que T... n'avait fait aucune confidence à M^{me} C..., mais qu'en revanche, dès le 29 avril, elle avait écrit elle-même au brigadier de gendarmerie de Billancourt une lettre signée du nom mal orthographié d'une de ses anciennes patronnes, dans laquelle il était dit en substance : T..., la bonne de M^{me} R..., a eu un enfant et l'a fait disparaître, sa patronne sait tout.

M^{me} R... interrogée a affirmé n'avoir rien vu ni entendu.

Le 22 mai, T... est extraite de Saint-Lazare par M. Cochefer, et conduite à Boulogne, route de Versailles. Invitée à montrer l'endroit où elle a enterré son enfant, elle se dirige d'abord sur Sèvres, en traversant le pont établi sur la Seine, tourne ensuite à gauche et longe le chemin de fer des Moulineaux, marchant à l'aventure, avec hésitation ; elle traverse ainsi successivement les territoires de Sèvres, Bas-Meudon, Issy-les-Moulineaux. Après une heure de marche, elle avise un terrain vague, s'arrête, toujours hésitante, et déclare qu'elle croit reconnaître le terrain comme étant celui où elle a enterré l'enfant, mais qu'elle ne peut indiquer l'endroit. Ce terrain est recouvert, dans sa plus grande partie, d'herbes assez hautes et, par places, de débris de démolitions ; il y a eu en cet endroit une fabrique de briques démolie depuis trois ans. Le sol est dur et il paraît impossible que T... ait pu y creuser un trou avec une bêche sans manche comme elle le prétend. Quelques fouilles restent sans résultat : la pioche ne ramène que des morceaux de brique et de pierre sur lesquels elle s'émousse.

Tels sont les faits. Voyons maintenant l'inculpée.

Examen de l'inculpée. — C'est une robuste personne de vingt-un ans, au front aplati, plus bas à gauche qu'à droite, au nez légèrement effondré, à la physionomie peu intelligente. Quand elle cause, elle accompagne ses paroles d'un rire niais, en sorte qu'elle donne tout de suite l'impression d'une semi-imbécile. Elle paraît très heureuse de voir qu'on s'occupe d'elle, très fière de l'importance qu'on attache à ses paroles. De sa famille on ne sait rien de bien précis. T..., devant le commissaire de police, a indiqué exactement ses nom, prénoms, âge, lieu de naissance, mais elle prétend être veuve d'un M. R..., entrepreneur maçon, qu'elle aurait épousé alors qu'elle n'avait pas encore seize ans et qui aurait été tué le 24 mai 1895, écrasé par un train. Or, l'enquête a démontré que T... n'a jamais été mariée et que la qualité de V^{re} R... appartient à une de ses sœurs et non à elle. Elle déclare de plus qu'elle était arrivée à Paris depuis treize jours seulement, venant du département d'Eure-et-Loir; or en réalité, elle était sortie le 7 avril de Saint-Lazare où elle venait de subir une peine de six mois de prison pour vol. Elle n'en était du reste pas à son premier emprisonnement; depuis 1892, en effet, elle n'a pas encouru moins de onze condamnations pour vol, escroqueries, outrages aux agents, vagabondage, mendicité.

A sa sortie de Saint-Lazare, elle avait été placée comme domestique chez une rentière de Boulogne, par les soins de l'Œuvre des femmes libérées. Au bout de quatre jours, elle est partie en disant à sa patronne « qu'elle devait retourner à Angers, un inspecteur de la maison d'assistance publique de cette localité où elle avait été élevée comme enfant abandonnée, étant venu la réclamer ». A l'Œuvre, elle a déclaré avoir quitté sa place parce qu'on ne la nourrissait pas suffisamment. Le lendemain elle a été placée de nouveau comme bonne dans une épicerie-fruiterie: c'est là qu'elle était quand elle s'est dénoncée.

Aucune des personnes qui l'ont vue n'a remarqué qu'elle

fût enceinte. J'ajoute tout de suite que M. Socquet a examiné T..., et a constaté qu'il n'existait chez elle aucune, absolument aucune trace d'accouchement récent.

T... répète devant moi dans les mêmes termes ses déclarations antérieures. Je lui fais remarquer qu'on n'a pas trouvé de trace de sang, ni dans son lit, ni dans la chambre. Elle me répond que dans son lit elle avait eu soin de mettre des sacs qu'elle a lavés ensuite. Elle ajoute qu'elle les a lavés tous, moins deux. Je lui demande alors ce qu'elle a fait de ces deux sacs. Elle me répond en ricanant :

Je les ai cachés, ce n'est pas pour dire où ils sont ; d'ailleurs je vous dirais où ils sont que vous ne les trouveriez pas tout de même.

Impossible, malgré mon insistance, d'obtenir le moindre éclaircissement à ce sujet.

Je lui pose encore quelques questions auxquelles elle répond d'une façon évasive.

D. — Depuis quand n'aviez-vous plus vos règles ?

R. — Depuis déjà un moment.

D. — Étiez-vous très grosse ?

R. — Pas plus que maintenant ; mon corset était le même.

D. — Avez-vous beaucoup souffert en accouchant ?

R. — Comme toutes les femmes.

Je finis par lui dire que le médecin qui l'a examinée a constaté chez elle l'absence de toute trace d'accouchement et que, par conséquent, elle ment en disant qu'elle a mis un enfant au monde. Visiblement décontenancée, elle hésite un instant, puis me dit :

« J'ai été blagueuse, je ne le suis plus ; il vaut mieux que j'y aille carrément : J'ai été me dénoncer parce que j'avais mal fait et que je méritais une punition. Je ne croyais pas que je serais examinée. » Je lui demande alors ce qu'elle a fait de mal. Après bien des réticences, des sourires, elle finit par me dire : « A supposition que ce n'est pas moi qui ai accouché, mais une autre personne ; quant à avoir enterré un enfant, pour sûr j'en ai enterré un. »

Pressée de me donner des renseignements sur la mère de

l'enfant qu'elle prétend avoir enterré, elle me dit : « C'est une dame encore assez grande, vingt-neuf ou trente ans, blonde, mince, mais encore d'une bonne taille ; je ne connais pas son nom ; je l'ai rencontrée sur la route de Versailles, de l'autre côté de la gendarmerie. »

A la façon dont elle me répond, il est évident que T... invente au fur et à mesure de mes questions, le signalement qu'elle me donne, et que celui-ci ne répond à rien de réel. Je lui demande pourquoi elle n'a pas voulu indiquer l'endroit où elle a caché l'enfant, lui faisant remarquer combien sa conduite est illogique : elle se dit coupable, et elle ne veut pas donner la preuve de sa culpabilité ! Elle réplique qu'elle n'a pas voulu indiquer la cachette, parce que ça lui aurait fait trop de peine de voir déterrer le petit.

Aux diverses visites que je lui ai faites, je n'ai pu obtenir aucun autre renseignement. T... a toujours la même attitude, elle sourit, ricane parfois bruyamment, prend des airs intéressants. L'examen physique est très difficile, car dès que j'approche de T... elle se recule ; dès que je veux la toucher elle me repousse comme elle ferait d'un galant trop entreprenant. C'est ainsi qu'il m'est impossible d'examiner le champ visuel. Je parviens cependant à reconnaître que la sensibilité cutanée est normale, le réflexe pharyngien conservé, la pression de la région ovarienne non douloureuse. Ces constatations suffisent presque à prouver que l'inculpée n'est pas hystérique. Dès ma première visite, j'ai également constaté chez elle l'absence de tout signe d'intoxication alcoolique.

En somme, T... m'apparaît comme une de ces faibles d'esprit qui, poussées par le désir d'attirer l'attention, de se mettre en scène et de jouer un rôle, n'hésitent pas à s'accuser de méfaits imaginaires. Vaniteuse comme la plupart des débilés intellectuels, tant il est vrai que la vanité se trouve surtout chez ceux qui auraient le plus de raisons d'être modestes, dominée par un sentiment de ridicule et sotte gloire, elle a voulu s'exhiber, faire parler d'elle, et c'est pour

cela qu'elle a inventé de toutes pièces une histoire d'infanticide ; puis, quand elle a su que l'examen médical avait permis de constater l'absence de tout signe d'accouchement, elle a essayé de faire croire à la suppression de l'enfant d'une autre personne. A mon avis il n'y a aucune foi à ajouter à toutes ses assertions. Elle n'a d'ailleurs cessé d'accuser mensonges sur mensonges. Avant même de s'accuser d'un crime elle a pris la fausse qualité de veuve R..., elle a prétendu arriver de province depuis quelques jours seulement, alors qu'elle était à Paris depuis longtemps, elle a raconté une histoire fausse pour motiver son départ de chez une de ses patronnes, elle a inventé une autre raison pour la Société de patronage, elle a écrit au brigadier de gendarmerie de Billancourt une dénonciation signée d'un nom d'emprunt, etc., etc. T... est atteinte de débilité intellectuelle, et dans toutes ses déclarations il ne faut voir que le résultat d'une impulsion malade à mentir, d'un besoin pathologique de mystifier ; ce sont là en effet des dispositions mentales communes chez les faibles d'esprit de son espèce.

Conclusions. — 1° T... est une faible d'esprit, vaniteuse et menteuse.

2° Poussée par un besoin maladif de se mettre en scène, de mystifier, elle s'est d'abord accusée d'avoir tué un enfant dont elle était accouchée ; puis, devant l'impossibilité de soutenir plus longtemps ce mensonge, elle a prétendu avoir seulement supprimé l'enfant d'une autre personne. Il n'y a aucun compte à tenir de ses déclarations.

3° Au cas où par impossible il serait établi que l'inculpée a supprimé un enfant, il y aurait lieu, en raison de sa faiblesse d'esprit, d'apporter la plus large indulgence dans l'appréciation de sa conduite.

4° T... n'est pas violente, mais cependant en raison de son état mental, elle est dangereuse pour l'ordre public et d'ailleurs incapable de se conduire correctement ; en conséquence, j'estime que, même dans son propre intérêt, elle doit être placée dans un asile d'aliénées.

Conformément aux conclusions de mon rapport, T... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et, mise à la disposition de l'autorité administrative, elle a été envoyée à l'Asile de Villejuif où elle se trouve encore aujourd'hui dans le service de mon collègue M. Briand.

M. Socquet. — J'ai, en effet, examiné les organes génitaux de la femme qui fait le sujet de la communication de M. Vallon ; j'ai constaté l'absence de toute trace d'accouchement et l'existence d'une anomalie de l'utérus. Pas de déchirure ni de cicatrice de la fourchette. Cavité vaginale normale. L'utérus n'est pas volumineux ; le col, petit et ferme, présente deux orifices circulaires très nets, séparés par un raphé médian. La profondeur de l'utérus, mesurée à l'aide d'un hystéromètre, donne 6 centimètres. Cet utérus est double, divisé en deux par une cloison médiane. Pas de traces de vergeture sur la peau du ventre. Les seins ne sont pas très développés ; l'aréole est rose et, par la pression, on ne fait pas sourdre de lait.

M. Briand. — Cette malade est aujourd'hui dans mon service. Peut-être vous paraîtra-t-il intéressant de connaître la suite de l'observation ? Les conclusions de M. Vallon ne sont pas douteuses. Il s'agit bien, en effet, d'une faible d'esprit à mauvais instincts et menteuse.

A son arrivée à Villejuif, elle ne s'accuse plus d'homicide ; elle raconte, au contraire, qu'on l'a accusée faussement d'avoir tué son enfant. Elle n'a fait qu'enterrer le petit cadavre dans le fossé des fortifications de Billancourt, près d'une briqueterie. On ne pourra croire, dit-elle, qu'elle ait donné le jour à un enfant, puisqu'elle est veuve et vierge. La vérité est qu'elle n'est pas vierge et qu'elle a un utérus bifide.

Interrogée sur les motifs qui ont pu déterminer la mère de l'enfant à commettre cet infanticide, elle répond avec perfidie et sans hésiter, que cette dame avait un amant auquel elle avait fait croire qu'elle n'avait plus de rapports avec son mari et, qu'étant devenue enceinte du mari, elle ne voulait pas avouer son état à l'amant.

La dame en question, dont elle se refusait d'ailleurs à donner le nom, parce qu'elle avait juré le secret, lui avait remis 35 000 francs, d'abord en deux billets de banque qui lui avaient été échangés ensuite contre de l'or, afin de pouvoir les retrouver plus facilement après sa libération.

Les 35 000 francs avaient été emportés par elle, en un paquet enveloppé d'une chemise, et enterrés avec l'enfant.

Cette précaution était prise pour éviter que ses patrons ne s'aperçussent de sa fortune subite !

Si alors on lui demandait pourquoi elle avait écrit une lettre anonyme à la gendarmerie pour se dénoncer, elle prétendait avoir été poussée par le désir de subir au plus tôt la peine qu'elle méritait, afin de pouvoir vivre ensuite tranquille avec ses 35 000 francs.

Interrogée plusieurs fois, T... ne varie plus dans ses explications, auxquelles je feignais de croire.

L'ayant abandonnée à elle-même pendant quelques semaines, je lui demandai un jour à brûle-pourpoint et familièrement pourquoi elle avait raconté toutes ces absurdités à la justice.

D'abord étonnée de voir lire dans son jeu, elle changea tout à coup d'attitude et m'avoua en pleurant qu'en effet, elle avait menti à la justice, sans vouloir toutefois m'en fournir la raison. L'explication qu'elle donne aujourd'hui est des plus curieuses ; je n'ose dire que je la crois sincère.

T... avait remplacé comme domestique une jeune fille qui avait volé sa patronne en quittant la maison. Comme les deux domestiques s'étaient rencontrées ensemble pour la remise du service, l'aliénée craignit d'être accusée de complicité et ne savait quel prétexte imaginer pour abandonner une place qui lui avait été procurée par une dame qu'elle ne voulait pas mécontenter, lorsque lui vint l'idée de l'infanticide.

Ce n'est pas, d'ailleurs, le seul mensonge qu'elle ait à se reprocher. Elle avoue aujourd'hui n'être ni vierge, ni veuve et avoir cohabité pendant quelques années avec celui dont elle se disait être la veuve.

Elle conserve toujours un caractère sournois, se montre satisfaite d'elle-même, se met volontiers en scène, mais demeure incapable d'aucune occupation suivie.

C'est, en somme, une faible d'esprit avec assez mauvais instincts et vaniteuse comme le sont le plus souvent ces malades.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1898.

Présidence de M. BENOIT.

La correspondance imprimée comprend une *Note sur les nègres criminels au Brésil* et un mémoire sur la *Nature hystérique de la possession par les Orisas chez les nègres brésiliens*, par M. Nina Rodrigues.

Le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance manuscrite qui comprend une lettre de M. le professeur FOURNIER, remerciant la Société de l'avoir nommé membre honoraire, et une demande de M. Camille MORREAU, secrétaire général de la Société de médecine légale de Belgique, sollicitant le titre de membre correspondant étranger.

UN CAS DE GROSSESSE IMAGINAIRE

CHEZ UNE FEMME AGÉE DE 55 ANS

Par M. le D^r Alph. Charpentier.

Je reçus un jour la visite d'une dame âgée de 55 ans, m'exposant la crainte qu'elle avait d'être enceinte, bien qu'elle eût dépassé l'âge de la ménopause. Elle prétendait s'être abandonnée à un individu et éprouver depuis des sensations indubitablement liées à la grossesse. Sa certitude était telle qu'elle avait fait l'aveu de sa faute à son fils.

Je pus calmer les inquiétudes de la malade et appris ensuite qu'elle n'avait même pas eu l'occasion de céder à aucune sollicitation. La faute était aussi imaginaire que la grossesse. Malheureusement, après plusieurs mois de tranquillité d'esprit, cette dame fut reprise des mêmes scrupules.

J'ai eu l'occasion d'observer quelques autres cas de folie érotique survenus à l'occasion de la ménopause ou après elle :

Je me souviens encore d'une veuve, femme du monde, âgée de 63 ans, qui était sujette à de telles impulsions érotiques qu'elle avait dû rompre avec toutes ses relations mondaines, dans la crainte de céder à la tentation. Ces impulsions l'étonnaient d'autant plus que, du vivant de son mari, elle était d'un tempérament plutôt froid.

Les formes de folie que j'ai observées, le plus habituellement à cette période de la vie, n'ont pas ce caractère érotique. Cependant Gueneau de Mussy a publié quelques faits analogues, mais ils ne sont pas communs.

Les lésions utérines déterminent souvent des réactions psychiques étranges :

J'ai vu, il y a quelques années, une jeune femme en proie

à la plus grande anxiété. « Je suis une malheureuse, me disait elle ; j'adore mon mari et mes enfants, et cependant, depuis quelque temps, je ne puis plus les sentir. » Comme elle accusait une certaine gêne dans le bas-ventre, je l'examinai, et je constatai un léger abaissement de l'utérus, qui était, d'ailleurs, très sain. Je lui conseillai de porter un pessaire. A partir de ce jour, toutes les préoccupations délirantes disparurent.

Cette forme de trouble mental est plus fréquente que la folie érotique.

M. MOTET. — Il est certain que la ménopause ne s'établit pas toujours sans un certain retentissement sur l'organisme et en particulier sur les centres nerveux.

M. VALLON. — La folie érotique a son maximum de fréquence à l'époque de la ménopause chez la femme. Elle est liée à des troubles de la sensibilité génitale si fréquents à ce moment. On observe bien à un âge plus avancé de la vie, chez les vieillards, des idées délirantes de nature érotique, mais alors il s'agit de troubles purement psychiques n'ayant pas pour point de départ, comme ceux de la ménopause, des troubles de la sphère génitale. Aussi je suis étonné d'entendre dire que la folie érotique est rare à la ménopause.

M. MOTET. — L'observation de M. Vallon est peut-être juste pour les aliénés des asiles publics, mais dans un milieu social plus élevé, l'éducation intervient pour modérer les préoccupations génitales ; le délire purement érotique s'y fait plus rare et est remplacé par un délire de forme mélancolique.

M. VALLON. — Je me suis mal fait comprendre : je n'ai pas voulu dire que la folie érotique était plus fréquente à la ménopause que le délire mélancolique ou le délire des persécutions, qui apparaissent en effet souvent à ce moment ; mais, envisageant la folie érotique en elle-même et non comparativement à d'autres vésanies, j'ai dit et je maintiens qu'elle présente son maximum de fréquence à l'époque de la ménopause.

M. MOTET. — Les femmes sont souvent prises, à cette occasion, de troubles intellectuels se traduisant plutôt par des idées de persécution, avec quelquefois de l'excitation, mais le plus ordinairement avec de la dépression. Tantôt l'évolution est fugace, tantôt elle prend le caractère d'une véritable psychose qui conduit rapidement à la démence. Les préoccupations génitales, plus rares, de-

viennent cependant parfois très actives dans la vieillesse. J'ai souvenance d'un médecin de quatre-vingts ans qui fut pris d'une excitation maniaque violente, au cours de laquelle le malheureux se livrait à des propos érotiques du plus pur sadisme. Il a succombé dans le délire aigu.

Son érotisme était surtout intellectuel, car j'ai pu constater qu'au moment où il se préparait à accomplir ses prétendues prouesses, il était incapable d'érection. Le cas signalé par M. Charpentier est surtout intéressant par la longueur de la rémission présentée par sa malade.

M. CHARPENTIER. — Le sentiment d'amoindrissement qu'éprouvent les femmes les plus respectables, au moment où leur vie génitale s'éteint, doit entrer pour beaucoup dans l'étiologie des préoccupations délirantes qui les obsèdent, jusqu'au moment où elles finissent par prendre leur parti de vieillir.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Présidence de M. BENOIT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1^{re} Une lettre de M. Danet, qui s'excuse de ne pouvoir venir faire la communication qu'il avait annoncée, étant retenu aux assises à Blois.

2^{re} Deux lettres de candidature au titre de membre correspondant, l'une de M. le D^r Hervot (de Saint-Malo), l'autre de M. le D^r Sarda, chargé du cours de médecine légale à la Faculté de médecine de Montpellier.

3^{re} Une lettre de M. le D^r Polaillon, membre titulaire, demandant à être nommé membre honoraire. M. le secrétaire général fait remarquer que M. Polaillon, étant membre titulaire depuis plus de vingt ans, a droit à l'honorariat.

La Société consultée nomme M. Polaillon membre honoraire.

M. LEREDU lit un rapport sur la candidature de M. le D^r Camille Moreau (de Charleroi, Belgique) au titre de membre correspondant étranger.

M. Camille Moreau est élu membre correspondant.

M. CONSTANT lit l'analyse, qu'il avait été chargé de faire par la Société, d'une leçon de M. le professeur Fournier sur la transmission de la syphilis des nourrissons à nourrices.

DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE

DANS LES CAS DE

CONTAMINATION DE NOURRICE PAR NOURRISSON SYPHILITIQUE

Par M. Charles Constant.

Dans vos séances des 11 janvier et 8 février 1897, à propos d'un arrêt de la Cour de Paris, en date du 27 novembre 1896, vous avez étudié la question de la *Syphilis communiquée par un nourrisson à sa nourrice* et de la responsabilité que peuvent encourir les parents ou les diverses personnes qui ont confié ledit nourrisson à ses soins (1).

M. le professeur Fournier, qui avait été chargé de l'expertise dans l'espèce jugée par la Cour de Paris (2), a consacré sa leçon d'ouverture à l'hôpital de Saint-Louis, au mois de décembre 1897, à l'*Expertise médico-légale dans les cas de contamination de nourrice par nourrisson syphilitique* (3); c'est une excellente occasion pour nous de revenir sur cette question qui, chaque année, donne lieu à des procès et à des expertises et que nous avons peut-être traitée un peu rapidement lorsqu'elle s'est présentée à nous l'an dernier.

Permettez-moi de rappeler, tout d'abord, quelques principes juridiques admis, en cette matière, par la jurisprudence.

I. — La nourrice, à laquelle une maladie syphilitique a été communiquée pendant l'allaitement par le nourrisson allaité, a droit incontestablement à des dommages-intérêts de la part de ceux qui lui ont confié l'enfant, mais à la condition,

(1) Voy. *Bulletin de la Société de médecine légale*, t. XV, p. 20 et suivantes.

(2) Ce rapport a été publié dans le *Bulletin de la Société*, t. XV, p. 24 à 32.

(3) Cette leçon si remarquable de l'éminent professeur a été recueillie par M. le Dr P. Portalier et reproduite dans le *Bulletin médical* des 1^{er} et 5 décembre 1897.

bien entendu, qu'il soit établi que cet enfant ait été la cause unique et véritable du mal dont elle est atteinte.

C'est ainsi que les parents de l'enfant (1), le directeur d'un bureau de nourrices (2), l'administration de l'Assistance publique (3), ont pu être tour à tour déclarés responsables de l'affection syphilitique communiquée à une nourrice par l'enfant que ces diverses personnes lui avaient donné à allaiter et condamnés à des dommages-intérêts envers elle.

C'est l'application, en cette matière, du droit commun (art. 1382, c. civ.): l'obligation de réparer le préjudice causé par le fait, la faute, l'imprudence ou la négligence d'autrui; et la jurisprudence des cours et tribunaux exige qu'il y ait *faute* de la part des parents, du directeur d'un bureau de nourrices, ou de l'Assistance publique, c'est-à-dire qu'ils aient connu ou dû connaître l'état syphilitique dans lequel se trouvait ou pouvait se trouver atteint le nourrisson; qu'ils aient négligé de se renseigner sur son état de santé ou de le faire vérifier avant de confier l'enfant au sein de la nourrice (4).

En voici quelques exemples :

Un arrêt de la Cour de Paris (4^e chambre), du 17 juillet 1884, condamne une dame R... à des dommages-intérêts envers la nourrice à laquelle elle avait confié son enfant, parce que — dit l'arrêt — si la preuve n'est pas rapportée que la veuve R... avait connaissance du mal vénérien dont elle était infectée et de l'état syphilitique de son nouveau-né, elle n'a pas pu ignorer, au moment où elle confiait celui-ci à la nourrice, qu'il était « malade et malsain, que son corps était couvert de gourme, qu'il avait des boutons à la pointe des pieds et aux parties, ainsi que des rougeurs sur les hanches ».

(1) Paris, 17 janvier 1884; Sirey, 86, 2, 174.

(2) Alger, 28 juin 1894 et Cassation, 27 mai 1895; Dalloz, 97, 1, 213 et 2, 60.

(3) Paris, 24 février 1893, et Poitiers, 26 décembre 1892; Dalloz, 43, 2, 189 et 349.

(4) « Nul n'est responsable d'un accident s'il n'est en faute — dit M. le professeur Labbé; — que le dommage provienne de notre fait ou du fait des choses nous appartenant, il n'y a pas à distinguer: *sans faute, point d'obligation.* »

Prenons maintenant un arrêt de la Cour de Paris (1^{re} chambre) du 24 février 1893, qui condamne l'administration de l'Assistance publique à des dommages-intérêts envers une nourrice contaminée par le nourrisson qu'elle lui a confié ; la cour relève encore la faute qui consistait, dans l'espèce, « malgré l'état rachitique de l'enfant », à ne l'avoir pas soumis à un « examen sérieux et approfondi » avant d'être remis à la nourrice.

Par contre, la Cour de Poitiers (1^{re} chambre), dans un arrêt du 26 décembre 1892, avait déclaré mal fondée la demande en dommages-intérêts formée par la nourrice contre l'Assistance publique, parce que dans l'espèce l'enfant ne présentait aucun signe de maladie, que sa santé avait paru très bonne au médecin et à la sage-femme, chargés de le soigner depuis sa naissance, et qu'en outre la mère de l'enfant avait été reconnue parfaitement saine.

C'est en s'inspirant de cette jurisprudence que la Cour de Paris (4^e chambre), dans son arrêt du 27 novembre 1896, a pu dire : « Sans doute, le *fait* par une personne atteinte de syphilis de placer son enfant en nourrice, pour être élevé au sein, peut constituer de sa part une *faute* susceptible d'engager sa responsabilité ; mais il n'y a pas faute, par suite pas de responsabilité, lorsque l'examen pratiqué par l'expert sur le père et la mère du nourrisson ne lui a révélé « ni accident actuel de syphilis, ni vestige d'accidents syphilitiques antérieurs », lorsque l'enfant « ne paraissait atteint, lors de sa naissance, d'aucune affection contagieuse », lorsqu'enfin « la *syphilis* communiquée à la nourrice était *d'ordre héréditaire* et ne s'était manifestée chez l'enfant que quelques semaines plus tard ». Nous reviendrons dans un instant sur la question de la syphilis héréditaire.

Enfin, nous lisons dans un jugement rendu par le tribunal civil de Bayonne, le 22 juin 1897, le passage significatif suivant : « Il ne suffit pas qu'un fait ait été dommageable pour que l'auteur puisse être déclaré responsable du dommage occasionné ; il faut encore que l'auteur du fait ait com-

mis une faute. » Dès lors, l'intermédiaire, qui a placé un enfant en nourrice, ne saurait être déclaré responsable de la contamination syphilitique dont la nourrice a été atteinte, « s'il n'est pas établi que l'enfant, avant d'être confié à la nourrice, ait présenté le moindre symptôme d'une maladie quelconque, ou que l'intermédiaire ait su que les auteurs de l'enfant fussent syphilitiques et aient pu lui transmettre la syphilis congénitale qui ne devait apparaître qu'après un certain temps ».

II. — Ces principes juridiques une fois rappelés et la jurisprudence bien précisée, abordons plus spécialement, avec M. le professeur Fournier, la question de l'expertise médico-légale en cette matière délicate.

Le tribunal, qui se trouve en présence d'un cas de contamination de nourrice par nourrisson syphilitique, veut être éclairé par un spécialiste sur les quatre points suivants :

1° La nourrice qui se plaint d'avoir contracté la syphilis au contact de son nourrisson est-elle bien certainement affectée de syphilis ?

2° Le nourrisson qu'on accuse d'avoir transmis la syphilis en est-il aussi réellement atteint ?

3° Si nourrice et nourrisson sont tous deux affectés de syphilis, y a-t-il lieu de croire que la nourrice tienne sa syphilis du nourrisson ?

4° Enfin — et c'est peut-être là le point le plus délicat à vérifier ou à affirmer — les parents ou les intermédiaires qui ont confié l'enfant à la nourrice ont-ils su ou pu savoir que le nourrisson était atteint d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis acquise depuis sa naissance ?

Pour répondre à ces quatre questions, le médecin chargé de l'expertise doit donc porter son examen sur la nourrice, sur le nourrisson et sur les parents de celui-ci et s'entourer, en outre, de tous les renseignements de nature à l'éclairer sur les antécédents des parents au point de vue de leur état syphilitique antérieur, dans le cas, très fréquent, où ne se rencontre plus sur eux aucune trace d'une syphilis ancienne.

Je n'ai pas à vous rappeler ici les symptômes et les stigmates de la syphilis, car il ne s'agit là que d'une question de clinique pure; mais je désire, avec M. le professeur Fournier, noter quelques règles essentielles.

Il est indispensable de s'attacher, tout d'abord, à découvrir et constater le *chancre*, puisque « toute syphilis acquise débute par un chancre ». Le lieu de cette découverte a aussi son importance. Constater l'existence du chancre sur le sein de la nourrice, c'est-à-dire au lieu même où s'est exercée la contagion, ne suffit pas; il convient encore d'examiner ses organes génitaux, afin de constater l'état d'immunité des régions sexuelles ou bien les accidents secondaires qui peuvent se rencontrer sur la vulve (1). On notera enfin la nature du chancre: est-il encore à l'état de plaie ouverte ou bien est-il cicatrisé?

C'est en ce qui concerne l'examen de l'enfant que la question de l'*hérédo-syphilis* se pose. Si l'enfant était atteint de syphilis héréditaire, « quel argument établirait mieux et d'une façon plus évidente — dit M. le professeur Fournier — la responsabilité des parents vis-à-vis de la nourrice; démontrer que l'enfant est syphilitique par hérédité, c'est-à-dire *du fait des géniteurs*, c'est, *ipso facto*, produire la démonstration irréfutable d'une *faute* commise par les parents en confiant à une nourrice leur enfant passible d'une hérédité dangereuse ».

Il n'est pas nécessaire, en effet, de rechercher comment la syphilis est entrée dans la famille pour être fixé sur le point capital du procès: la communication du mal par l'enfant à la nourrice (2). Du moment que, d'une part, cette

(1) Dans ce dernier cas, l'expert aura bien soin de faire ressortir dans son rapport que « la plaque muqueuse est un accident essentiellement spontané et pouvant se produire n'importe où, quel qu'ait été le siège initial de la contagion », et que les accidents d'ordre secondaire aux parties génitales de la nourrice ainsi constatés sont « des lésions consécutives, spontanées, d'origine absolument indépendante de toute contamination. »

(2) En ce sens un arrêt de la Cour de Paris (ch.) du 19 avril 1879. — D'ailleurs chez le nourrisson, la syphilis héréditaire est facile à dis-

communication est certaine et que, d'autre part, il est reconnu que la syphilis communiquée par l'enfant à la nourrice était *héréditaire*, la condamnation des parents à des dommages-intérêts nous paraît s'imposer. S'il en était autrement, s'il fallait rechercher avec précision de quel géniteur venait la syphilis héréditaire, pour que celui-là seul pût être retenu comme civilement responsable, on peut dire que presque toujours les parents, auteurs cependant du mal dont leur enfant est atteint et qui a causé le préjudice à la nourrice, échapperont à toute condamnation.

La syphilis héréditaire ne se manifeste généralement chez l'enfant qui en est atteint que deux ou trois mois après sa naissance ; dès lors, lorsqu'au lendemain de sa naissance, il est remis par ses parents à une nourrice, ceux-ci ne peuvent constater aucune trace de syphilis ; ils ignorent si leur enfant sera ou ne sera pas atteint de ce mal essentiellement contagieux.

D'autre part, lorsque la syphilis héréditaire chez l'enfant se sera manifestée par la contamination du mal chez la nourrice, on aura beau examiner les parents, ceux-ci peuvent ne plus porter aucune trace d'une syphilis antérieure, dont l'un d'eux au moins avait été atteint cependant ; et l'on conclurait alors qu'il ne sont pas responsables !

Ont-ils donc pu ignorer le mal dont ils ont été atteints ?

— Nous ne le pensons pas.

tinguer de la syphilis acquise après la naissance : le chancre, flanqué de son compagnon fidèle, le bubon satellite, est, nous l'avons déjà dit, le début forcé de la syphilis acquise, tandis que la syphilis héréditaire n'a pas le chancre pour exorde. De plus, dit M. le professeur Fournier, « toute syphilis qui, au cours de ses deux premiers mois, s'accuse par des accidents de l'ordre de ceux qu'on appelle généraux, est une syphilis héréditaire et ne peut être qu'une syphilis héréditaire ». Le savant professeur en fait la démonstration, ce nous semble, irréfutable. Enfin, chez le tout jeune enfant, il n'est pas rare que « la syphilis héréditaire se traduise par quelques symptômes qui font défaut dans la syphilis acquise du jeune âge, tels que les suivants, par exemple : le coryza, le pemphigus des extrémités, la pseudo-paralysie des membres, la décrépitude infantile et surtout ces dystrophies, ces malformations natives que la syphilis héréditaire réalise fréquemment et que la syphilis acquise est incapable de reproduire ».

Eux seuls auraient eu qualité d'ailleurs pour le dire. De deux choses l'une : « Ou bien, au moment où ils confiaient leur enfant à la nourrice, ils savaient que cet enfant pouvait lui communiquer la syphilis, et, dans ce cas, il est inutile de spécifier la faute qu'ils ont commise ; ou bien ils ne savaient pas que leur enfant était susceptible d'infecter cette nourrice, et, dans ce cas, ils ont commis la faute de l'ignorer. »

L'absence de traces syphilitiques chez les parents ne signifie absolument rien.

Nous estimons donc que les parents doivent être responsables et condamnés à réparer le préjudice causé à la nourrice contaminée, toutes les fois qu'il est bien constaté, d'une part, que c'est par l'enfant que la contamination a eu lieu, et, d'autre part, que cet enfant était atteint d'une syphilis héréditaire, sans qu'il y ait lieu de rechercher lequel, du père ou de la mère, a pu transmettre la syphilis à l'enfant.

Vainement ferait-on observer que la mère a pu transmettre la syphilis à l'enfant en dehors même du mari, par exemple par un amant ; le mari est bien réputé le père de l'enfant, dans ce cas, la même présomption peut être invoquée pour établir qu'il est le géniteur de la syphilis.

Si la jurisprudence ne s'établit pas en ce sens, nous le répétons, il n'y a plus d'action en dommages-intérêts possible pour les nourrices contaminées par un enfant atteint d'une syphilis héréditaire. Est-ce équitable, est-ce même juridique ?

M. le professeur Fournier recommande aussi tout spécialement l'examen de l'enfant de la nourrice, parce que, dit-il, « en fait de syphilis, l'intégrité de l'enfant est un critérium de l'état syphilitique ou non syphilitique de la mère ; c'est une *pièce de touche* de la santé de la mère, comme disait Tardieu... Donc, l'immunité de l'enfant de la nourrice constitue, sinon un témoignage absolument démonstratif de l'immunité de la mère, tout au moins une présomption de la plus haute valeur dans ce dernier sens. De même, si la nourrice est malade, examinez son mari, parce que

l'immunité de ce mari vis-à-vis de la syphilis constituera naturellement un nouvel appoint en faveur de l'état d'immunité antérieur de la nourrice ».

La constatation du *chancre mammaire* chez la nourrice est certainement l'indice le plus probant de la contamination reçue d'un nourrisson; mais encore faut-il bien prendre garde et se demander parfois si le chancre n'a pas été transporté, sur le sein de la nourrice, par des « nourrissons adultes », comme le dit Ricord. M. le professeur Fournier en donne un curieux exemple.

Diagnostiquer la syphilis par le chancre seul est toujours périlleux, et l'expertise devra porter aussi sur les manifestations secondaires et sur l'évolution particulière de la maladie : c'est le moyen le plus sûr d'établir la filiation possible, ou probable, de la syphilis du nourrisson à celle de la nourrice. On sait que l'incubation du chancre oscille en moyenne entre vingt et un et vingt-cinq jours; dès lors, la présence du chancre mammaire n'établit la contamination de la nourrice par le nourrisson que si celui-ci est allaité au moins depuis trois semaines. Dans le cas contraire, si la lésion mammaire est apparue, par exemple, dix ou douze jours après que le nourrisson a été confié à la nourrice, elle accuserait à tort celui-ci; si elle était déjà en « incubation de syphilis », il est certain que « la contagion ne dérive pas du nourrisson actuel, mais d'un nourrisson antérieur, affecté de syphilis, auquel la nourrice a donné le sein avant d'entrer dans sa seconde place ».

III. — M. le professeur Fournier termine sa leçon, d'où nous venons d'essayer de mettre en lumière certains passages caractéristiques, par quelques conseils donnés aux médecins experts dans la rédaction de leurs rapports. J'y relève notamment cette réflexion, si juste : « Une bonne observation clinique, interprétée par le bon sens, voilà le meilleur rapport du monde. Dites ce que vous avez constaté et ajoutez à cela des conclusions prudemment déduites, et c'est tout. »

A propos de ces conclusions prudentes, M. le Dr Four-

nier insiste pour amener l'expert à répondre « exclusivement » aux questions qui lui ont été posées par le tribunal et à y répondre « non-seulement dans les termes mêmes où elles ont été posées, mais encore sans commentaires et, passez-moi la comparaison, dit-il, en style de catéchisme ».

Enfin, il met en garde les experts contre « une grosse faute » et les engage à ne jamais affirmer catégoriquement la filiation des deux syphilis en présence (celle de la nourrice et celle du nourrisson). « Conclure en ces termes, dit-il, est commettre une faute contre la clinique et contre le bon sens, et cela dans tous les cas possibles... Jamais un médecin n'a le droit de produire une semblable affirmation, parce qu'il n'a pas et ne saurait avoir la certitude absolue, mathématique que, même dans les cas les plus clairs, les plus simples, la syphilis de la nourrice dérive de la syphilis de l'enfant. A-t-il vu la syphilis passer de l'enfant à la nourrice? Donc, s'il n'a pas vu telle chose, il n'a pas le droit de l'affirmer, surtout en justice. Car en justice, on n'a le droit de déclarer et d'affirmer que ce que l'on a vu ou entendu. »

Je ne vous ai donné, je le sens bien, qu'une analyse très incolore de la magistrale leçon de M. le professeur Fournier; cela tient avant tout à mon impuissance à vous rendre le charme de sa parole et la précision de son enseignement; cela tient aussi à mon désir de vous voir consulter la leçon elle-même, si pleine d'observations utiles, certain que nous y puiserons tous des conseils excellents, autorisés par la haute expérience du savant auquel vous avez, dans votre séance du 14 décembre 1897, conféré le titre de membre honoraire de la Société de médecine légale de France.

M. le Dr FLOQUET développe la question médico-légale suivante :

EN MATIÈRE D'ACCIDENT

LES COMPLICATIONS (MORT OU INFIRMITÉ), QUI NE SONT PAS LES CONSÉQUENCES DIRECTES ET NATURELLES DE L'ACCIDENT, ENTHAÏNENT-ELLES COMPLÈTEMENT LA RESPONSABILITÉ DE L'AUTEUR ?

Par M. le D^r **Floquet.**

Premier exemple : Un diabétique est renversé par un bicycliste; la plaie consécutive à la chute prend le caractère gangreneux. On pratique l'amputation du membre et la mort s'ensuit. L'auteur de l'accident est-il responsable de la mort ?

Deuxième exemple : Un ouvrier est atteint d'une fracture de jambe, dans le cours de son travail. Par suite du décubitus dorsal forcé, il se développe une pneumonie grave qui enlève cet homme. Quelle sera l'étendue de la responsabilité du patron ?

Troisième exemple : La victime d'un accident causé par un tiers contracte une infirmité par suite d'un traitement incomplet ou inopportun. L'auteur de l'accident doit-il supporter, au point de vue de la responsabilité, toutes les conséquences dues à la faute, à la négligence ou à l'impuissance du médecin traitant ?

J'estime pour ma part qu'au point de vue juridique on peut appliquer à la responsabilité civile le principe toujours vrai que Fodéré a posé en matière de responsabilité pénale : « Tout ce qui ne dépend pas proprement de la nature de la blessure ne saurait être imputé à son auteur. »

On ne peut mettre sur le compte de l'auteur d'un accident toutes les complications possibles qui surviennent par l'effet de la constitution du blessé, des diathèses (tuberculose, rachitisme, scrofule, diabète, alcoolisme, cancerose, etc.), en un mot de toutes les tares constitutionnelles préexistantes.

Je pense avec nos collègues de la Société que c'est là une question d'espèces, mais espèces qui se reproduisent chaque jour et dont le nombre est suffisant pour permettre de poser un principe sur lequel se baserait le magistrat.

Je conclus que les tribunaux, tout en admettant le principe de la responsabilité, devront, en maintes circonstances, se montrer très réservés et n'accorder une réparation qu'aux conséquences directes et immédiates des accidents, et non pour les suites d'une opération chirurgicale qui n'aurait pas été motivée par l'accident lui-même, ni pour les aggravations résultant de lésions, de tares ou d'infirmités préexistantes.

M. BENOIT. Si le blessé était déjà malade avant l'accident, la blessure n'est pas la cause directe des complications; il en est de même si le blessé n'a pas été soigné; dans ces deux cas, il y a un tempérament à apporter à la responsabilité de l'auteur de l'accident.

M. DESCOURS. Si j'ai une diathèse et qu'un accident révèle cette diathèse, on doit bien admettre que c'est l'accident et par suite son auteur qui est la cause de la maladie. Un homme est albuminurique, il est victime d'un accident à la suite duquel il reste estropié d'un bras: dira-t-on que c'est l'albuminurie qui est la cause de son infirmité?

M. PICQUÉ. Il s'agit là d'une question importante. Les accidents qui se montrent après les traumatismes peuvent se ranger dans les trois groupes suivants:

- 1° Ceux qui sont la conséquence naturelle des lésions produites.
- 2° Ceux qui n'ont avec le traumatisme que des relations hypothétiques.
- 3° Ceux qui sont la suite des soins donnés, de la thérapeutique instituée.

Dans le premier groupe, je rangerai les faits suivants: Un homme subit un traumatisme de la tête avec léger enfoncement des os du crâne et ne présente d'abord aucun trouble cérébral; plus tard il devient épileptique; l'épilepsie, dans ce cas, bien que n'étant pas une suite immédiate de l'accident, n'en est pas moins une suite naturelle. Un homme atteint de cirrhose du foie reçoit sur l'abdomen un coup de pied léger, une hémorragie grave se produit; sans doute il faut tenir compte de l'état du foie dans la production de l'hémorragie, mais celle-ci n'en doit pas moins

être **rattachée** au traumatisme. Un de mes malades avait un cancer de la rate, à évolution lente; il est renversé par une voiture, **obligé de** s'aliter, son cancer prend une allure galopante; cette **mort est** aussi une suite naturelle de l'accident; le voiturier en était **responsable**, car le blessé, malgré son cancer, pouvait vivre **encore longtemps**. Il me semble du reste que le cas du diabétique, cité **par M. Floquet**, doit rentrer également dans cette catégorie.

Comme relation purement hypothétique, je citerai l'apparition d'un **sarcome** du genou six mois après un traumatisme de cette articulation. Tous les jours, dans les hôpitaux, on nous demande des **certificats de filiation** aussi illégitime.

Je **viens** de recevoir dans mon service un homme qui était traité pour **une** entorse; il avait en réalité une luxation du pied en arrière. **Si** le diagnostic exact avait été fait, le traitement eût été tout **autre**, et les conséquences du traumatisme n'auraient pas non plus **été** les mêmes. Dans ce cas l'infirmité est le fait des soins **donnés**.

M. **LA DREIT DE LA CHARRIÈRE**. En pareille matière, on ne peut pas tracer de règle générale; il n'y a que des questions d'espèces. Cependant il existe deux grandes catégories de faits bien distinctes.

1° **Ceux** dans lesquels il est prouvé que la maladie est bien la conséquence de l'accident. Pour ceux-là il n'y a pas de difficulté.

2° **Ceux** dans lesquels le traumatisme n'a été que l'occasion de la **maladie**; ils sont d'une appréciation plus délicate. En voici un **exemple**:

Une dame passait rue de Douai quand une plaque de tôle tombe d'une maison à côté d'elle sans la blesser, sans même la **toucher**; mais le bruit lui cause une telle frayeur qu'elle en perd connaissance. Cette dame était une artiste très distinguée qui gagnait une vingtaine de mille francs par an à donner des leçons de peinture. A partir du jour de l'accident, il lui devient impossible de peindre, elle est atteinte d'amnésie visuelle. Elle réclame des **dommages-intérêts** au propriétaire de la maison. Le tribunal me charge de l'examen. Je trouve dans les antécédents de cette dame de trente-six ans des accidents nettement hystériques. Je conclus donc que le traumatisme n'a pas produit l'hystérie à lui tout seul, mais a simplement fait apparaître l'hystérie en puissance; qu'il n'a pas créé une maladie, mais qu'il a fait se développer une maladie en germe; qu'en conséquence la responsabilité du propriétaire, tout en existant, doit être atténuée. L'artiste demandait 200 000 francs de dommages et intérêts; le tribunal lui en a accordé 20 000.

M. **DESCOUST**. La question soulevée par M. Floquet est très inté-

ressante à plusieurs points de vue. Les Compagnies prétendent souvent que la mort ou les infirmités survenues à la suite d'un accident sont simplement le résultat d'une mauvaise thérapeutique. Ainsi : un homme est violemment comprimé entre le volant d'une machine et un mur, d'où nombreux traumatismes, fractures multiples. Le médecin appelé diagnostique notamment une fracture du col du fémur et en conséquence place le blessé dans une gouttière pendant quarante jours. Quand l'ouvrier sort de l'appareil il présente un raccourcissement du membre inférieur avec rotation du pied en dehors ; il réclame donc des dommages et intérêts à la Compagnie à laquelle il était assuré. Celle-ci fait examiner le blessé par ses médecins ; ils déclarent que les lésions existantes sont le fait du médecin traitant qui a pris une luxation du fémur pour une fracture de cet os. La Compagnie refuse de payer. L'ouvrier se retourne alors vers son médecin et lui réclame 25 000 francs de dommages et intérêts. Je suis chargé d'examiner le demandeur, et à l'aide de la radiographie, je constate de la façon la plus nette qu'il est porteur, à la fois, et d'une fracture et d'une luxation. On comprend que dans ce cas-là le chirurgien n'avait pu faire un diagnostic complet. Et d'ailleurs l'eût-il fait, il lui eût été impossible de réduire la luxation étant donnée la fracture du col. Est-ce un motif pour que la Compagnie ne soit pas obligée de payer. Quant à moi, je ne vois pas pourquoi l'auteur d'un accident ne serait pas responsable de ses suites. On pourra toujours dire qu'un blessé a été mal soigné, aussi je le répète, à mon avis, la responsabilité des suites de l'accident doit appartenir à l'auteur de l'accident. Juger autrement, ce serait dangereux pour les médecins et pousserait les Compagnies dans une voie où elles n'ont que trop de tendance à entrer.

M. PICQUÉ. Il y a des limites à la responsabilité médicale. Il est évident que, dans le cas de M. Descoust, le médecin n'était pas fautif. J'ai vu un fait analogue. Un médecin de l'armée, des plus renommés, m'amène un blessé pour savoir s'il avait une fracture ou une luxation. Je l'examine sans pouvoir arriver à un diagnostic, je le présente à un de mes maîtres qui n'est pas plus heureux que moi. La radiographie seule a pu nous permettre d'établir le diagnostic. Il est certain que, dans ce cas, comme dans celui de M. Descoust, le chirurgien ne saurait être incriminé en aucune façon. Mais il n'en est pas de même dans le cas suivant :

Ce matin j'ai vu à l'hôpital un homme arrivant de province, porteur d'une luxation du coude en arrière datant de vingt-trois jours, impossible à réduire. Le diagnostic, bien que s'imposant, n'avait pourtant pas été fait et par suite la luxation n'avait

pas été réduite. Dans ce cas, si l'accident avait été le fait de quelqu'un, l'auteur pourrait dire que l'infirmité consécutive est le fait du médecin et il aurait raison. Une règle générale n'est donc pas possible dans ces cas-là.

En définitive, la responsabilité du médecin traitant est chose délicate. On ne doit l'aborder qu'avec une grande réserve et elle me semble ne pouvoir être mise en jeu que quand il y a faute grossière dans l'exercice de la profession.

M. BENOIST. Il me semble que nous sommes tous d'accord.

M. FLOQUET. La question de la responsabilité dans les accidents est encore pendante devant les Chambres; c'est donc le moment de l'étudier et la Société me paraît être tout à fait dans son rôle en s'en occupant.

M. CONSTANT. La loi est, je crois, en élaboration depuis vingt-deux ans. Le projet de loi cherche surtout le meilleur moyen d'établir s'il y a ou non relation entre la maladie et l'accident. Mais ce sera toujours une question d'espèce, car la seule règle générale qu'on pourrait poser, c'est celle-ci : les complications, conséquences directes de l'accident, entraînent naturellement la responsabilité de l'auteur de l'accident, sauf atténuation dans le cas d'état maladif antérieur au traumatisme. Or, c'est cette règle qui guide tous les jours les magistrats. Un rentier subit un accident; de ce fait sa famille ne sera pas privée de ressources comme s'il se fût agi d'un homme obligé de subvenir à ses besoins par son travail; eh bien, le tribunal tient compte de ce fait quand il fixe le chiffre de l'indemnité. De même, dans le cas de maladie antérieure au traumatisme, les juges examinent et apprécient le rôle joué par la maladie antérieure. Pour fixer le chiffre de l'indemnité, ils font entrer en ligne de compte l'état antérieur du blessé au point de vue médical, comme il font entrer en ligne de compte son état social.

Ces questions sont très intéressantes, mais elles ne comportent pas une solution unique, et je ne vois pas à quelles conclusions pourrait arriver la Commission dont on demande la nomination.

M. BENOIST. Comme M. Constant, je suis d'avis que la responsabilité de l'auteur d'un accident varie dans chaque cas et, comme M. Constant, je ne vois pas à quoi pourrait servir la nomination d'une Commission.

M. CONSTANT. Il est impossible de poser des principes dans ces questions de responsabilité. Ainsi, dans le cas de M. Ladreit de la Charrière, on a dû rechercher si le tuyau de cheminée avait été renversé par le vent ou s'il avait été échappé par un ouvrier travaillant sur les toits, si la maison était bien ou mal entretenue, etc.

Car, suivant les circonstances, la responsabilité du propriétaire était évidemment plus ou moins engagée, de même qu'il était moins responsable des suites de l'accident, le tuyau étant tombé à côté de la personne, qu'il ne l'aurait été si le tuyau était tombé sur la tête de la personne.

M. DESCOUT. Ces questions ont déjà fait l'objet d'une longue discussion, en 1889, de la part de MM. Vibert et Gilles de la Tourette, à propos de la neurasthénie traumatique. M. Gilles prétendait que le traumatisme dans ces cas-là faisait seulement éclater la prédisposition à la maladie. M. Vibert était d'avis que le traumatisme créait le plus souvent la maladie.

M. BENOIST. Cela prouve encore une fois qu'une commission n'aboutirait à rien.

M. BRIAND. Il me semble qu'il a été suffisamment répondu à la question posée par M. Floquet. Tous les orateurs ont répété qu'on ne pouvait poser de règles générales, que c'était toujours une question d'espèce.

M. FLOQUET. C'était bien ce que je pensais, je suis de l'avis de la Société.

M. BENOIST. M. Descoust voudrait que l'auteur d'un accident fût toujours responsable de toutes ses conséquences ; cette opinion me paraît exagérée. Un coup, quoique léger, entraîne la mort d'un individu parce que celui-ci était diabétique ; on ne peut vraiment pas ne pas tenir compte du diabète.

M. FLOQUET. Une plaie produit une hémorragie qui entraîne la mort : dans ce cas-là la responsabilité de l'auteur de la plaie est complète parce que la mort est la conséquence naturelle de la plaie. Une plaie amène une gangrène qui se termine par la mort : dans ce second cas on ne peut évidemment pas écarter la responsabilité de l'auteur de la plaie ; mais d'un autre côté il est juste de faire entrer en ligne de compte l'état antérieur du blessé.

M. BENOIST. On ne peut établir de limites fixes à la responsabilité. L'auteur d'un accident est responsable des conséquences directes et indirectes de l'accident, mais il faut apprécier chaque cas en particulier.

M. CONSTANT. Il serait dangereux de formuler des règles et surtout de les voter.

M. FLOQUET. C'est réglé en matière pénale ; il n'y a qu'à appliquer la même règle en matière civile.

La séance est levée à 5 heures et demie.

SÉANCE DU 14 MARS 1898

Présidence de M. BENOIT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'auteur d'un accident est-il ou non responsable de toutes les complications qui suivent cet accident?

A propos du procès-verbal, M. FLOQUET exprime le regret qu'une commission n'ait pas été nommée pour rétablir les limites de la responsabilité de l'auteur d'un accident, quand aux blessures de la victime s'ajoutent des complications dues à une affection constitutionnelle antérieure.

M. PICQUÉ appuie la proposition de M. Floquet et voudrait que la Société établisse quelques principes qui serviraient de bréviaire aux médecins appelés à donner leur avis sur cette responsabilité.

M. VIBERT ne croit pas qu'il soit possible de poser aucun principe, même général, dans l'interprétation de faits relevant de la jurisprudence seule. Le médecin expert n'a qu'à renseigner le magistrat sur la matérialité des faits qui lui sont soumis. C'est à celui-ci qu'incombera le soin d'établir les responsabilités en matière d'accidents.

M. CONSTANT estime que ce ne sont là que des questions d'es-pèce et qu'on ne peut conclure sur des généralités.

M. CHARPENTIER dit qu'il ne s'agit pas de conclure, mais de nommer une commission qui fera un rapport sur les questions soulevées par M. Floquet.

M. PICQUÉ propose que la commission se borne à exposer des faits sans formuler de conclusions.

LE PRÉSIDENT consulte la Société sur l'opportunité de la nomination d'une commission. Les voix favorables à la proposition étant en nombre égal à celles qui la repoussent, le Président déclare que le bénéfice du partage des voix doit être interprété de la façon la plus libérale et renvoie la question soulevée par M. Floquet devant une commission composée de MM. Briand, Constant, Floquet, Jacony et Picqué.

— LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre du secrétaire général de l'Association des pharmaciens de France demandant l'avis de la Société de médecine légale sur le fait suivant :

« M. J..., pharmacien à H..., reçoit un jour une ordonnance prescrivant simplement :

« Huile de foie de morue phosphorée, sans indication aucune concernant le mode d'emploi.

« Le Codex ne contenant pas de formule pour la préparation de l'huile de foie de morue phosphorée, M. J... a très judicieusement pensé qu'il ne pouvait faire autrement que de se conformer à la formule inscrite au Codex pour la préparation de l'*huile phosphorée destinée à l'usage interne*.

« Il y a au Codex deux huiles phosphorées : l'une au 100^e et l'autre, destinée à l'usage interne, qui est au 1000^e.

« Tout pharmacien ayant à préparer l'huile de foie de morue phosphorée aura nécessairement l'idée de la préparer au 1000^e. M. J... n'a donc commis aucune faute, car on peut dire qu'il s'est conformé au Codex.

« Il n'a, d'autre part, commis aucune erreur en dosant le phosphore dans son huile, attendu que l'expertise chimique qui a été faite a accusé une quantité de phosphore plutôt inférieure à la phosphoration de 1 p. 1000.

« Or, cette huile, qui était destinée à un enfant, a amené, au deuxième jour, la mort de cet enfant.

« C'est le pharmacien qu'on veut rendre responsable de ce décès.

« Il est en ce moment inculpé d'homicide par imprudence et d'infraction à la loi qui régit le commerce des substances vénéneuses.

« Cette inculpation constitue à mes yeux une grosse iniquité. En effet, M. J... ne pourrait être poursuivi comme coupable d'homicide par imprudence que s'il avait commis une erreur de dosage, une négligence, une faute lourde, ou s'il avait fait preuve d'une ignorance inexcusable.

« Aucun de ces griefs ne me semble pouvoir être relevé contre lui.

« Je ne crois pas qu'il puisse être davantage considéré comme coupable d'avoir contrevenu à l'ordonnance de 1846, concernant le commerce des substances vénéneuses, attendu que l'huile délivrée par lui ne l'a été que sur ordonnance de médecin. J'imagine qu'on n'aurait pas l'idée de le poursuivre parce que l'ordonnance ne portait pas le mode d'administration, alors que le médecin, *l'auteur principal de cette contravention*, n'est pas poursuivi.

« Je comprends que la responsabilité du pharmacien puisse, dans certains cas, être engagée lorsqu'il exécute une ordonnance ne contenant aucune indication concernant le mode d'emploi ; ainsi, par exemple, si le médecin prescrit une solution contenant 1 gramme d'atropine pour 10 grammes d'eau, sans indiquer le

mode d'administration, le pharmacien a le devoir de se renseigner avant de délivrer le médicament, parce qu'une erreur a pu être commise par le médecin. Mais il n'en est pas de même pour l'huile de foie de morue phosphorée, qui devait être fatalement préparée au 1000^e et qui ne pouvait l'être autrement.

« Je désire faire tout le possible pour démontrer que M. J... est à l'abri de toute poursuite et je serais heureux d'avoir à ce sujet l'avis de la Société de médecine légale.

« Dans l'espoir que vous voudrez bien la saisir, je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments très distingués. »

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL a répondu dans les termes suivants :

« Monsieur le secrétaire général de l'Association des pharmaciens de France.

« J'ai l'honneur de vous accuser réception de la lettre que vous m'avez adressée.

« Le cas de M. J..., pharmacien à H..., est, certainement, des plus intéressants. Mais nos statuts d'une part, nos habitudes, d'autre part, nous interdisent d'intervenir dans une affaire judiciaire, de quelque nature qu'elle soit, si notre avis n'est pas demandé, soit par le tribunal saisi, soit du consentement de celui-ci. Nous devenons alors de véritables experts, et notre commission permanente a qualité pour recevoir et pour examiner les pièces sans lesquelles elle ne pourrait pas consentir à formuler une opinion.

« Si, au cours des débats, M. J... fait demander par son défenseur l'avis de la Société de médecine légale de France et si le tribunal accepte, nous ne refuserons pas notre concours. Mais que M. J... le sache bien, c'est au tribunal que nous répondrons.

« Veuillez agréer, etc.

« A. MOTET. »

AFFAIRE LAPORTE

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai reçu, comme tout le monde, l'année dernière, le n° d'octobre 1897 de la *Revue d'obstétrique* portant sur la couverture les mots en grosses lettres : L'AFFAIRE LAPORTE.

Je ne vous dissimulerai pas que j'avais été péniblement affecté à la lecture de l'article consacré dans ce numéro à l'affaire Laporte, car le D^r Socquet, qui est notre trésorier, jouit, tant au sein de la Société qu'au Palais comme médecin expert, de l'estime et de la confiance de tous. Il m'avait semblé spécialement que l'auteur de l'article avait peut-être dépassé les bornes de la critique, en faisant supporter au D^r Socquet la responsabilité de la mise en arrestation, sous mandat de dépôt, du D^r Laporte.

Voici le commencement de l'article :

Les débats de la 9^e chambre correctionnelle, et surtout la communication faite par la défense du procès-verbal d'autopsie et du rapport des experts permettent de voir enfin clair dans cette singulière affaire de responsabilité médicale.

On a beaucoup reproché au juge d'instruction d'avoir arrêté et d'avoir maintenu à sa disposition notre malheureux confrère. Je ne veux certes pas plaider les circonstances atténuantes ; il est cependant juste de faire connaître l'extraordinaire pièce médico-légale sous laquelle M. Bertulus abritait une rigueur inusitée :

La voici :

« Je viens de pratiquer devant vous, en présence de l'inculpé Laporte, l'autopsie du cadavre de Mme Fresquet. Voici mes conclusions sommaires : Laporte en pratiquant cet accouchement a agi avec imprudence, maladresse et inobservation des règles de l'art. Il a ainsi involontairement causé la mort de la dame Fresquet.

« Signé SOCQUET. »

Vous voyez que l'auteur de la brochure s'appuie sur la communication par la défense « des pièces qui permettent enfin de voir clair dans l'affaire ».

Or, le D^r Laporte a interjeté appel du jugement qui l'avait condamné. La Cour l'a acquitté, mais avec des considérants qui permettent peut-être de penser qu'une réforme ne s'impose pas en matière d'expertises médico-légales, contrairement aux conclusions de l'article ainsi conçues :

« Et voilà comment se fait à Paris, en l'an de grâce 1897, une expertise médico-légale ! Ne pensez-vous pas, comme nous, qu'une réforme s'impose ? Que ceux qui sont d'un avis contraire veuillent bien exposer leurs raisons, que ceux qui sont avec nous, le disent ! »

Toutefois, ce n'est pas ce que je veux signaler ; ce que je veux, c'est constater que, des débats devant la Cour, il paraît résulter que l'*extraordinaire pièce médico-légale*, dont copie est donnée en tête de l'article, aurait été inexactement reproduite, en sorte que tout le raisonnement qu'elle supporte pécherait par sa base.

M. SOCQUET. — Il est d'usage, à la Morgue, de rédiger des conclusions sommaires après chaque autopsie. Dans le cas actuel, je n'ai pas eu à écrire des conclusions, puisque M. le Juge d'instruction était présent. J'ai seulement donné oralement des conclusions sommaires qui ont été écrites et consignées par le greffier, dans une pièce collective.

Voici d'ailleurs cette pièce en entier, telle qu'elle a été lue aux débats, en Cour d'appel, par M. le conseiller Ayrault, dans son rapport :

« Je viens de procéder devant vous, en présence de l'inculpé Laporte et de la demoiselle Maltrepierre, accoucheuse, à l'autopsie du cadavre de la dame Fresquet ; voici sommairement mes conclusions :

« 1^o La mort est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une perforation double de la vessie, dont une communiquant avec la cavité utérine, près du col. Cette double perforation me paraît avoir été faite avec un instrument piquant, tel que l'équarisseur (scellé 1) ou l'aiguille en fer (scellé 5).

« 2^o Le cadavre de l'enfant que j'ai également autopsié dans les mêmes conditions portait sur le pariétal droit une perforation osseuse et présentait une disjonction des pariétaux.

L'autopsie paraît démontrer que Laporte a pratiqué cet accouchement avec imprudence, NÉGLIGENCE et inobservation des règles de l'art et, ainsi, a involontairement occasionné la mort de la dame Fresquet :

« Laporte introduit, lecture faite, dit :

« J'ai demandé un confrère pour m'assister, mais voyant que la famille Fresquet ne savait pas comment s'y prendre pour en amener un, et me trouvant en présence d'un cas très grave, j'ai opéré comme j'ai pu pour essayer de sauver la malade.

« Je me suis servi des instruments que Fresquet m'a donnés, n'en ayant pas d'autres à ma disposition.

« Je reconnais que la vessie a été perforée au cours de mon opération, mais ce qui m'est arrivé a pu arriver à bien d'autres médecins que moi.

Au cours des deux autopsies auxquelles je viens d'assister, je n'ai soulevé aucune objection sur les constatations faites par le Dr Socquet. Je n'en ai pas davantage à soulever maintenant, car je reconnais la matérialité des faits.

« Lecture faite ont signé :

« Andrée, greffier.

« Bertulus, juge d'instruction.

« J. Socquet.

« Dr Laporte. »

Vous voyez que cette pièce est toute différente de celle qui a paru dans la *Revue d'obstétrique et de pédiatrie* d'octobre 1897, sous la signature de M. Varnier, et que vient de lire M. le Président.

Dans cette dernière, en effet, on a supprimé mes conclusions sommaires d'autopsie et la déclaration de Laporte, ainsi que les trois autres signatures, et on a, dans ce qu'il restait de la pièce, remplacé les mots *paraît* par *a agi*, et *négligence* par *maladresse*. Cette pièce est donc incomplète et inexacte.

Je proteste contre une pareille altération des textes, et je laisse à la Société le soin d'apprécier le procédé.

M. le Président donne la parole à M. Maygrier, qui, en son nom et celui de M. Socquet, communique à la Société le rapport suivant :

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA VESSIE

DANS UN ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Par **MM. Maygrier et Socquet.**

Nous avons l'honneur de présenter à la Société de médecine légale des pièces, utérus et vessie, recueillies au cours d'une autopsie judiciaire faite à la Morgue, le 20 septembre 1897, par l'un de nous, et provenant du cadavre d'une femme morte un peu plus de deux jours après un accouchement laborieux.

A la suite d'une plainte contre le médecin qui avait soigné cette femme, l'affaire a été portée devant les tribunaux, et elle vient d'avoir un grand retentissement. Pendant toute la durée des débats, nous ne nous sommes pas un instant départis du silence auquel nous étions tenus comme experts, et cela malgré toutes les attaques dont nous avons été l'objet. En répondant à ces attaques, nous ne pouvions en effet que compromettre la cause de l'inculpé et celle du corps médical tout entier.

Et c'est pour cette raison que l'un de nous a fait à l'audience du 19 octobre, au tribunal de première instance, à propos des critiques formulées par un témoin à décharge, professeur à la Faculté de médecine de Paris, la déclaration suivante : « Je suis fort embarrassé pour vous répondre, car si, d'une part, j'ai le profond regret de ne pas être de votre avis, d'autre part, je ne saurais vous suivre sur un terrain où j'aurais l'air de charger encore un confrère qui n'est déjà que trop malheureux. »

Mais aujourd'hui l'affaire est terminée et un acquittement, qui nous a satisfaits plus que personne, a été prononcé. Bien que les considérants de l'arrêt rendent pleine et entière

justice aux experts, bien qu'ils admettent comme indiscutables toutes leurs constatations et qu'ils soient basés enfin uniquement sur leurs rapports, nous estimons qu'il est de notre dignité et de notre devoir de reprendre la question au point de vue exclusivement scientifique et d'apporter ici la preuve de nos assertions.

Il s'agit en effet d'un problème médico-légal du plus haut intérêt et nous tenons à faire ressortir les difficultés de l'expertise en pareil cas, à titre de document précieux pour l'avenir.

Sans entrer dans le détail des faits qui sont bien connus, nous nous bornerons à rappeler qu'il s'agit d'un accouchement difficile au cours duquel l'opérateur, après avoir vainement tenté plusieurs applications de forceps et l'enfant étant mort, reconnu la nécessité de pratiquer la craniotomie. N'ayant pu réussir à faire cette opération avec le perforateur contenu dans une des branches de son forceps, il eut recours aux instruments qu'on put lui procurer immédiatement, en particulier à une aiguille de matelassier, ou mieux d'emballer, longue de 21 centimètres et demi, partout arrondie, sauf à sa pointe, dont la base est aplatie, recourbée et mesure 5 millimètres de largeur.

La parturiente ayant succombé, l'autopsie a révélé que la mort était due à une péritonite localisée à la fosse iliaque droite, péritonite consécutive à une double perforation de la vessie (perforations utéro-vésicale et vésico-péritonéale).

Ces constatations, ainsi que la description des lésions, ont été relatées dans les documents suivants :

1° Dans un *procès-verbal sommaire*, rédigé à la Morgue, pièce collective signée du juge d'instruction, d'un des experts et du médecin inculqué, et qui a malheureusement été livrée à la publicité d'une façon incomplète et inexacte.

2° Dans le *rapport d'autopsie*.

3° Dans un *rapport médico-légal*, fait en commun par les experts.

4° Dans une *note complémentaire* lue par l'un de nous à l'audience de la 9^e chambre, 20 octobre 1897.

Sans vouloir reproduire ici ces documents, ce qui nous entraînerait trop loin et nous obligerait à des répétitions inutiles, nous nous bornerons à décrire les lésions, que vous pourrez d'ailleurs apprécier *de visu* et qui consistent essentiellement dans deux solutions de continuité intéressant l'une le col de l'utérus, l'autre la paroi vésicale seule.

Comment ces lésions ont-elles été découvertes ? Après ouverture de la cavité abdominale et constatation faite, sur les organes laissés en place, de l'existence de la péritonite et d'un épanchement de liquide sanieux, fétide, dans la fosse iliaque droite, — les viscères pelviens ont été enlevés en masse, avec le plus grand soin, en rasant avec l'instrument tranchant les parois du bassin, ainsi qu'on a coutume de le faire dans toutes les autopsies.

La masse comprenant la vessie, l'utérus et le vagin, le rectum, tous ces organes étant intacts, a été placée sur un plateau, la vessie regardant en avant. Puis celle-ci a été ouverte avec précaution par sa face antérieure, pas tout à fait sur la ligne médiane, mais à gauche de cette ligne, comme on peut le voir sur la pièce et sur les figures que nous vous présentons. Et c'est alors que, tout de suite, ont apparu aux yeux des personnes qui assistaient à l'autopsie les deux solutions de continuité, qui présentaient déjà, à première vue, les caractères de perforations traumatiques.

Vous pourrez contrôler l'exactitude de la description que nous allons en faire sur la pièce elle-même, ainsi que sur le dessin que nous en avons fait exécuter par M. Devy, le dessinateur bien connu, qui l'a reproduite avec la plus grande exactitude ; des tirages réduits de ce dessin vous permettront de suivre facilement les détails dans lesquels nous allons entrer.

Toutefois nous tenons à faire ici deux remarques : La première, c'est que, pour plus de précision, nous avons fait photographier la pièce. Cette photographie, que voici, peut

donc au besoin servir de contrôle ; mais, comme toutes les épreuves de ce genre, elle est beaucoup moins nette que le dessin, qui met mieux en relief les moindres détails. Notre seconde remarque, c'est que la pièce a séjourné pendant près de six mois dans une solution de formol, où elle s'est, il est vrai, très bien conservée, mais non sans perdre sa consistance et sa coloration primitives ; ajoutons que nous n'avons pu la faire photographier et dessiner que récemment.

Malgré cette dernière restriction, nous tenons à dire que l'aspect général des lésions est resté le même qu'au premier jour et que leurs caractères principaux sont encore d'une netteté telle qu'il est possible, en les voyant, de se convaincre de leur nature et de leur origine probables.

Voici maintenant comment ces lésions se sont présentées à notre observation :

L'une est située en pleine lèvre antérieure du col de l'utérus et intéresse en même temps la face postérieure de la vessie, un peu à droite de la ligne médiane, immédiatement au-dessus du bas-fond de cet organe. L'autre, séparée par un intervalle de 4 centimètres de la précédente, en regard de laquelle elle est placée, occupe la partie latérale droite de la vessie et correspond à la séreuse péritonéale. Elles sont donc bien situées respectivement à la même hauteur dans la vessie, ce qu'on a voulu indiquer dans le rapport d'autopsie, en disant qu'elles étaient « à peu près sur la même ligne horizontale ». Nous avons ne pas comprendre les critiques que cette affirmation a pu soulever. Ainsi que l'a très bien exprimé M. l'avocat général en faisant allusion à la situation des lésions : « On ne veut pas dire qu'elles sont d'une horizontalité absolue, mais elles sont situées dans un même plan horizontal et en regard l'une de l'autre. »

Leur forme est caractéristique : elles sont allongées dans le sens vertical et mesurent environ 2 centimètres. Leurs bords sont réguliers et à peu près rectilignes, surtout pour celle de droite, qui est purement vésicale. Elles présentaient



Utérus et vessie de la femme Fresquet (La vessie est ouverte par sa paroi antéro-latérale gauche pour montrer les perforations).

u, orifice vésical de l'uretère gauche. — *x*, perforation siégeant sur la paroi postérieure de la vessie et communiquant avec le col de l'utérus. — *y*, perforation siégeant sur la partie latérale droite de la vessie.

en outre un caractère d'une haute signification, qui a fatalement disparu maintenant, mais que nous avons pu constater avec une netteté parfaite au début : à leur niveau, la muqueuse vésicale était le siège d'une infiltration sanguine manifeste.

Il s'agit donc, en résumé, de deux ouvertures siégeant sur les parois postérieure et latérale droite de la vessie, placées en face l'une de l'autre, ayant la forme de plaies à grand axe vertical, à bords linéaires, réguliers, infiltrés de sang.

Ce sont bien là les caractères que les auteurs assignent aux perforations traumatiques, et, à la vue, l'évidence s'impose.

Cependant, des objections ont été faites à cette manière de voir et on a émis sur la nature de ces lésions plusieurs hypothèses. Nous pourrions les passer sous silence, car on les a faites sans avoir vu, sans avoir jamais demandé à voir la pièce, pourtant si probante malgré son ancienneté. Nous croyons cependant utile de discuter ces hypothèses, afin de rétablir les faits dans leur véritable signification.

On a d'abord supposé que les lésions pouvaient avoir été produites *post mortem*, au moment même de l'autopsie, par celui de nous qui était chargé de la faire. Nous avons déjà montré comment les précautions prises par lui rendent cette explication inacceptable ; du reste, l'inculpé qui assistait à l'ouverture du corps a déclaré lui-même que cette assertion n'avait aucun fondement. Nous n'ajouterons qu'un mot : des lésions survenues *post mortem* ne présenteraient pas de suffusions sanguines à leur périphérie.

On a mis en avant une autre version et on a déclaré qu'il pouvait y avoir là des lésions spontanées. Certes, ces lésions spontanées sont bien connues. Elles se produisent habituellement à la suite d'une longue compression exercée par la tête fœtale sur les parties molles, utérus et vessie, contre la paroi antérieure du bassin. Le mécanisme de l'amincissement et de l'usure des tissus, si bien élucidé par M^{me} Lacha-

pelle, entre en jeu et il en résulte une perforation utéro-vésicale ; mais, sans parler des caractères anatomiques que présente la lésion en pareil cas, il ne saurait être question de ce genre d'accident dans le fait qui nous occupe, puisque la perforation est double et qu'une seule est utéro-vésicale, l'autre occupant la partie latérale de la vessie en un point qui ne correspond ni à l'utérus ni à la paroi antérieure, *paroi osseuse*, du bassin.*

Dans d'autres cas, les perforations spontanées se produisent encore à la suite d'une compression prolongée des tissus, non plus par usure, mais par chute d'une eschare, consécutivement à la mortification des points comprimés. Il en résulte une perte de substance qui donne naissance aux fistules urinaires vésico-vaginales et vésico-utérines. Ce mode de production est, dans notre cas, aussi inadmissible que le précédent : une seule considération suffit à le démontrer, à savoir qu'à aucun moment la malade n'a émis d'urine par le canal de l'urètre. On l'a sondée au bout de trente-six heures, et on n'a trouvé dans sa vessie que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide. C'est donc que les perforations existaient aussitôt après l'accouchement, et qu'elles n'ont pas succédé à la chute d'une eschare, chute qui n'eût eu lieu que quelques jours plus tard. Enfin, l'intégrité des organes génitaux dans tout le reste de leur étendue, sur laquelle on a tant insisté, est encore une preuve de l'impossibilité de lésions spontanées par sphacèle des tissus, car on aurait trouvé des traces de mortification dans d'autres points que ceux au niveau desquels siègent les perforations.

D'ailleurs, les caractères objectifs des lésions spontanées de la vessie sont bien différents de ceux des lésions traumatiques. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter au travail de Houël (1), qui date pourtant de 1857, et dont nous croyons utile de citer le passage suivant, qu'on dirait écrit pour la circonstance :

(1) Houël, *Plaies et ruptures de la vessie*, Thèse d'agrégation, Paris, 1857.

« A ce point de vue médico-légal, la question (de savoir si la lésion vésicale est traumatique ou spontanée) a de l'intérêt. Si la rupture est spontanée, son orifice est moins régulièrement transversal ou vertical que dans la rupture traumatique, il est quelquefois même comme triangulaire et présente alors trois valves. Mais, quelle que soit sa forme, un caractère important de cette lésion consiste en ce que les bords de la rupture sont très minces et se perdent insensiblement... En même temps, il existe souvent, dans le voisinage ou du côté opposé, d'autres diverticulums à divers degrés de développement qui, à l'autopsie, peuvent mettre sur la trace de l'origine et de la cause des lésions. »

Est-il besoin de dire que la vessie que nous vous présentons ne portait pas d'autres altérations que ces deux plaies, que c'était une vessie absolument saine, et que les bords des plaies ne présentaient aucun amincissement ?

Il nous reste à examiner une dernière hypothèse qui a été émise sur la possibilité de lésion de la vessie par des *guillelais osseuses* du bassin. Le bassin était en effet légèrement rétréci par le rachitisme. Ce fait résulte de l'examen qui en a été fait sur le cadavre et aussi des antécédents obstétricaux de la malade, qui a succombé aux suites de son sixième accouchement. Nous avons des données certaines au moins sur deux de ses accouchements antérieurs, les deux premiers, qui ont eu lieu en 1885 et en 1889 à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le Dr Porak. Le bassin a été trouvé rétréci à un faible degré, car on a noté que le promontoire était simplement accessible. Le premier accouchement s'est terminé spontanément par la naissance d'un enfant vivant de 2,870 grammes. Le second a donné lieu à une application de forceps ; l'enfant, également vivant, était plus gros, car il pesait 3,440 grammes, et son diamètre bipariétal était de 9^{mm},6. Les autres accouchements se sont passés en ville et plusieurs ont nécessité encore l'emploi du forceps ; mais tous les enfants sont nés vivants.

En tous cas, le bassin était incontestablement touché par le rachitisme. Or, on a quelquefois observé chez les rachi-

tiques, une disposition anatomique particulière qui a été signalée par Kilian, puis par Depaul. Le bassin peut être épineux, c'est-à-dire qu'il présente des reliefs amincis et tranchants, au contact desquels l'utérus et la vessie peuvent être lésés et perforés, surtout lorsqu'il y a un rétrécissement prononcé du bassin.

Voici comment s'exprime Depaul (1) au sujet de ces saillies osseuses anormales : « Généralement, c'est la crête du pubis qui en est le siège, ou plutôt c'est cette même partie qui, grâce à un développement exagéré, constitue la lame tranchante. D'autres fois, c'est l'éminence iléo-pectinée qui, au lieu de se présenter sous l'aspect d'une saillie olivaire, s'est aplatie et amincie à un tel degré qu'elle revêt la forme d'une flamme ou lancette de vétérinaire. » Notons que nulle part le terme d'*aiguilles osseuses* n'est employé et que nous l'avons cherché vainement dans les auteurs. Quoi qu'il en soit, cette disposition fort rare existait-elle dans le cas actuel ? Nous pouvons affirmer que non, malgré l'objection, répétée avec insistance, que les experts n'ont pas suffisamment examiné le bassin. On a même été jusqu'à écrire qu'ils auraient dû le conserver pour l'explorer, le mesurer dans tous les sens, à l'état frais et à l'état sec ! Il nous semble qu'une enquête aussi minutieuse était parfaitement inutile. Le léger degré de viciation du bassin, diagnostiqué antérieurement, a été contrôlé par l'un de nous à l'aide du procédé ordinaire, sans règle ni compas, il est vrai, mais par la mensuration digitale, qui lui a permis de reconnaître que le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 11 centimètres. Alors même que cette mensuration ne serait pas tout à fait exacte, le fait n'a aucune importance au point de vue des lésions vésicales. D'autre part, le même expert n'a nullement constaté l'existence des saillies osseuses dont nous venons de parler.

Enfin nous ajouterons que, si ce bassin était épineux, il

(1) Depaul, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. VICES DE CONFORMATION DU BASSIN.

serait bien surprenant qu'à aucun des accouchements antérieurs il n'y ait eu de lésions utérines ou vésicales causées par ce fait.

En ce qui concerne particulièrement la vessie, il est bon d'ajouter que sa blessure par les os du bassin dans l'accouchement est extrêmement rare. Si on observe parfois cet accident dans le cas de fracture du bassin, où il est produit par les esquilles ou les fragments, il est infiniment moins fréquent dans le cas de bassin vicié. En recherchant avec le plus grand soin dans la littérature obstétricale des vingt dernières années, nous n'en avons pas trouvé d'exemple, depuis celui qui a été relaté par le D^r Budin (1) en 1878. Voici cette observation :

« Marie Fabre, rachitique, rétrécissement du bassin 7 centimètres un quart après déduction. Primipare. Présentation du sommet.

« Tête au-dessus du détroit supérieur et dans la fosse iliaque gauche. Rupture artificielle des membranes par M. le professeur Depaul. Application de forceps. Extraction assez facile d'un enfant inanimé. Mort de la femme le surlendemain.

« *Autopsie.* — Perforation de la vessie grosse comme une piqûre de saignée, qui avait été produite par une épine saillante, ayant son siège sur la branche horizontale du pubis droit. Épanchement d'urine dans la cavité abdominale ; infiltration de pus dans la paroi même de l'abdomen entre le muscle droit et le muscle transversal (2). »

Mais, en admettant même que le bassin fût épineux, il y a une raison péremptoire pour que les lésions constatées ne soient pas le fait d'une perforation par une saillie osseuse : c'est qu'elles occuperaient alors la face antérieure de la vessie, tandis que dans notre cas cette partie du réservoir urinaire est absolument indemne. Or, quelles que soient les modifications de situation de la vessie chez la femme enceinte, il est impossible d'admettre qu'une lésion siégeant

(1) Budin, *Les lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*. Thèse d'agrégation, 1878.

(2) Observation communiquée par le D^r Depaul, *Bulletin de la clinique*, avril 1869, p. 264.

sur les parois postérieure et latérale puisse être le fait d'une pression sur les os du bassin, avec lesquels ces parties ne sont pas en contact.

Pour nous résumer, les objections qui ont été faites à la nature traumatique des lésions vésicales, que nous mettons sous vos yeux, ne nous paraissent pas soutenables. Ces lésions appartiennent à la classe des traumatismes vésicaux désignés par les auteurs sous le nom de doubles perforations : le réservoir urinaire est traversé de part en part. Pour nous servir d'une expression imagée qu'a employée devant l'un de nous notre regretté maître, le professeur Tarnier, la vessie a été « embrochée ». L'éminent accoucheur n'a pas un seul instant mis en doute la cause véritable des lésions. L'instrument perforant a dû glisser sur la tête du fœtus. En tout cas, la femme étant couchée sur le dos, il a rencontré en haut et en avant la lèvre antérieure du col qu'il a trouée ; puis, continuant sa route, il a transpercé la vessie d'arrière en avant et de gauche à droite et déterminé ainsi les deux perforations, que nous avons décrites et dont il est aisé de montrer la corrélation en les reliant l'une à l'autre au moyen d'une sonde.

Reste la question de l'instrument qui a présidé au traumatisme. Nous n'en dirons que quelques mots. Nulle part, nous n'avons affirmé que c'était *sûrement* à l'aiguille à matelas qu'il était dû, l'opérateur s'étant servi d'ailleurs d'autres instruments et particulièrement, au début, du perforateur du forceps. Mais nous ne voyons pourtant aucune raison valable pour que ce ne soit pas avec l'aiguille en question que la vessie a été lésée. On s'est étonné qu'un instrument qui ne mesure que 5 millimètres de largeur ait pu produire des ouvertures de 2 centimètres. La chose paraîtra moins surprenante si l'on veut bien réfléchir à la façon dont cet instrument a dû être manié, aux mouvements de va-et-vient que l'opérateur lui a nécessairement imprimés, et aux déviations qui ont pu en résulter dans les manœuvres employées pour perforer le crâne fœtal.

Du reste, nous tenons à bien l'établir en terminant, le côté essentiel de la question, au point de vue purement scientifique, consiste pour nous dans la démonstration que les lésions sont le fait d'un traumatisme opératoire, au cours d'une craniotomie, quel que soit l'instrument qui a été employé, et c'est pourquoi nous avons tenu à vous faire cette communication afin d'avoir votre appréciation personnelle sur ce cas médico-légal, l'un des plus délicats qui puissent engager la responsabilité des experts.

M. SOCQUET fait passer sous les yeux de la Société la pièce anatomique sur laquelle ont été constatées les lésions qui viennent d'être décrites.

M. CHARPENTIER. — Je m'associe entièrement aux conclusions de MM. Maygrier et Socquet. Je m'explique très facilement le mécanisme de la perforation de la vessie comme se l'expliqueront tous les accoucheurs ayant pratiqué la craniotomie. Les auteurs recommandent, pour faire cette perforation, de rechercher une fontanelle, qui sera moins résistante que les os du crâne. On n'arrive pas toujours à la trouver et on est parfois obligé de perforer le pariétal. Mais pour y réussir facilement il faut que l'instrument soit présenté perpendiculairement au plan osseux; s'il lui est oblique, il peut glisser brusquement et blesser un organe voisin: C'est ce qui a dû arriver à mon malheureux confrère le Dr Laporte. Le fait principal à retenir est que les arêtes osseuses, dont il a été beaucoup parlé au procès, siègent toujours en regard de la face antérieure de la vessie. Or, la pièce anatomique qui nous est soumise montre que la lésion siège sur la paroi postérieure de la vessie.

Était-ce une raison pour emprisonner le Dr Laporte? Entre ce que je dis et cette arrestation il y avait un monde de raisons pour le laisser en liberté.

Mon maître Depaul, dont personne ne met en doute la compétence, a fait un jour un col artificiel chez une parturiente qu'il croyait n'en pas avoir. La malade mourut. A l'autopsie, on constata que son utérus avait un col naturel, inaccessible il est vrai. Ce qui est vrai aussi, c'est que la malade était morte des suites de son opération.

Notre confrère a pu être maladroit, ce qui n'est pas un crime; il a certainement été malheureux, mais non coupable.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, la Société de mé-

decine légale de France, fidèle à ses traditions, n'a pas cru devoir intervenir pour défendre l'un de ses membres violemment attaqué à l'occasion d'un procès récent. Elle savait qu'un jour viendrait où, saisie par la communication qui lui serait faite, elle aurait à juger, dans son indépendance, dans sa liberté, la conduite de MM. les Dr^s Socquet, l'un des siens, et de M. le Dr Maygrier, dans une expertise médico-légale qui leur avait été confiée.

Vous avez eu, Messieurs, toutes les pièces sous les yeux, vous avez pu vous rendre compte comment des renseignements incomplets, des citations inexactes, avaient pu fausser l'opinion et faire à l'un de nos collègues la situation la plus pénible qui soit, celle de ne pouvoir se défendre contre des imputations calomnieuses, contre de grossières injures.

Cette situation n'est pas nouvelle; vous avez eu déjà l'occasion de rendre, par un ordre du jour motivé, pleine justice à l'un de nous dans des conditions analogues.

Cette satisfaction haute est la seule que recherchent les médecins experts qui ont l'honneur de vous appartenir et qui, en accomplissant une mission sociale, sont exposés à se voir accuser d'ignorance, de légèreté, de mauvaise foi. Respectueux de la loi, ils ne peuvent se défendre; le silence leur est imposé.

Il faut que tout le monde sache qu'ici, au milieu de vous, à la fin des débats, la parole leur est rendue, et que la Société de médecine légale considère comme un devoir sacré de remettre les choses en état et de rendre à des hommes qui ont conservé toute son estime le témoignage public, non pas seulement de ses sympathies, mais encore de son entière approbation (*Applaudissements*).

M. CONSTANT propose à la Société l'ordre du jour suivant qui est voté à l'unanimité des membres présents :

« La Société de médecine légale, ayant pris connaissance, à propos d'une expertise récente, des documents officiels et les ayant rapprochés des documents publiés à l'appui

des attaques dirigées par certains journaux scientifiques contre le D^r Socquet, constate que ces derniers documents ont été incomplètement et inexactement rapportés, ce qui était de nature à égarer l'opinion publique. »

La séance est levée à 6 heures.

L'AFFAIRE LAPORTE

EN PREMIÈRE INSTANCE ET EN APPEL

Comme complément à la communication faite par MM. Maygrier et Socquet à la Société de médecine légale dans sa séance du 14 mars 1898 (voir p. 441), nous reproduisons ici quelques documents officiels de l'affaire Laporte : l'acte d'accusation, les rapports médico-légaux, le jugement en première instance, le réquisitoire de M. l'avocat général Blondel en appel, enfin l'arrêt de la Cour d'appel.

I. — Acte d'accusation.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

(9^e chambre)

Audience du 19 octobre 1897

Le 14 septembre dernier, décédait à l'hôpital Tenon la dame Fresquet qui, l'avant-veille, avait été accouchée par le D^r Laporte, docteur en médecine, dans les circonstances suivantes :

Médecin de nuit du quartier de Charonne, le D^r Laporte avait été mandé, dans la soirée du 11 septembre, près de la dame Fresquet, sur les conseils de la demoiselle Mattrepierre, sage-femme, qui, appelée à la suite des premières douleurs, et jugeant indispensable une application du forceps, avait réclamé l'aide du médecin.

Le D^r Laporte fut prévenu que l'accouchement pourrait être laborieux et, invité à se munir de tous les instruments employés dans les cas difficiles, il n'emporta qu'un forceps.

Près de la patiente, il reçut de la demoiselle Mattrepierre des indications précises sur la constitution de la dame Fresquet qui, quoique mère de quatre enfants vivants, avait dû, plusieurs fois, subir les fers par suite de sa conformation.

Après examen, le D^r Laporte, prévoyant les plus grandes difficultés, engagea la patiente à se laisser endormir, et, avec son assentiment, envoya chercher dans une pharmacie voisine 60 grammes de chloroforme. Son ordonnance ne comportait l'achat d'aucun antiseptique, et il ne lui en fut pas rapporté.

La dame Fresquet endormie, seul avec la sage-femme, qui, depuis l'arrivée du médecin, s'était contentée de pratiquer l'anesthésie, refusant tout autre concours, et après avoir éloigné les personnes présentes, même le mari, le Dr Laporte tenta sans succès trois applications du forceps.

Il eut alors l'idée de vider la tête de l'enfant, proposant au père l'opération connue sous le nom de craniotomie. Le père y consent. Mais le médecin manque des instruments nécessaires. Il essaye la pince dont est muni son forceps : elle est trop courte et n'atteint pas la tête de l'enfant. Il demande alors un instrument pointu quelconque. On lui apporte successivement : un porte-étiquettes (morceau de fil de fer recourbé), un équerisseur, puis la boîte à outils, où il avise une aiguille à matelas, après avoir manipulé en vain l'équerisseur. Il introduit alors cette aiguille qui n'est pas rectiligne et n'a pas été aseptisée. A l'inverse des autres instruments, l'aiguille pénètre trop profondément, et le Dr Laporte se munit alors d'un ciseau à froid et d'un marteau, avec lesquels il frappe le crâne de l'enfant.

Fresquet père arrête cette opération brutale. Alors, le docteur tente, encore sans succès, une quatrième application du forceps.

Cependant, la patiente se réveille ; une contraction se produit : la tête de l'enfant apparaît et, sans effort, cette fois, le médecin amène le corps tout entier. Malgré lui, et sur la demande formelle de l'accouchée, le Dr Laporte fait ensuite la délivrance, prescrit des soins de propreté, songeant, un peu tard, aux antiseptiques et prévoit une hémorragie.

Le lendemain, la dame Fresquet va mal. Le surlendemain, le Dr Ballouhey, appelé par le mari, ordonne son transport à l'hôpital Tenon, où elle meurt, le 14 septembre, des suites d'une péritonite.

L'autopsie pratiquée par le Dr Socquet a révélé une double perforation de la vessie, causée par un instrument piquant de la nature de l'aiguille à matelas. La péritonite qui a entraîné la mort est consécutive à cette double perforation.

Dans la déposition où il rend compte de cette autopsie, le Dr Socquet déclare que le Dr Laporte paraît avoir pratiqué l'accouchement de la dame Fresquet avec imprudence, négligence et inobservation des règles de l'art, et qu'il a ainsi involontairement occasionné la mort.

Cette opinion est maintenue dans une consultation motivée, provoquée par le magistrat instructeur et signée des Drs Maygrier, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, et Socquet, expert du Tribunal. Ce rapport explique, toutefois, que le

D^r Laporte s'est conformé aux principes, en ce qui concerne les indications opératoires.

Mais, en dehors de ces conclusions, les témoignages recueillis par l'information établissent de la façon la plus positive la maladresse, l'imprudence, l'inattention et la négligence de l'inculpé.

C'est, d'abord, une voisine, la dame Houbert, qui a été frappée de la brusquerie avec laquelle le D^r Laporte appliquait le forceps en l'introduisant sans le guider avec la main. La position de la patiente l'a également inquiétée : les jambes étaient tellement tombantes que c'était leur poids qui agissait sur le forceps plutôt que le bras du docteur.

C'est la dame Delanoue qui a vu le docteur frapper avec un marteau sur un ciseau à froid introduit où l'on sait. Elle a entendu, à cet égard, les protestations du sieur Fresquet et celles de la dame Houbert, protestations à la suite desquelles le sieur Fresquet a arraché le ciseau, et la dame Houbert le marteau, des mains du D^r Laporte.

C'est Fresquet lui-même qui déclare que, dès la première application du forceps, il a dû intervenir pour inviter le médecin à opérer avec moins de brusquerie ; qu'il s'est ensuite interposé pour faire cesser les coups de marteau, et qu'il a dû signaler au D^r Laporte, après la dernière contraction, l'apparition de la tête de l'enfant, que celui-ci n'apercevait même pas ; que l'inculpé a négligé le secours d'un confrère, reconnu indispensable par tous les assistants et indiqué par Laporte lui-même, à un moment donné, comme nécessaire ; que le D^r Laporte n'a jamais sollicité le transport de la dame Fresquet à l'hôpital ; qu'enfin, il a complètement abandonné la malheureuse après l'accouchement.

C'est aussi, et surtout, la sage-femme, M^{lle} Maltrepierre, qui a constaté la maladresse du médecin. Sitôt l'examen opéré par l'inculpé, la sage-femme a dit, à part, à la dame Houbert : « Nous sommes mal tombés ! » Elle a recueilli de Laporte l'aveu qu'il ne possédait pas les instruments nécessaires pour pratiquer la craniotomie. Elle affirme que Laporte n'a aseptisé aucun des outils dont il s'est servi pour cette opération et que c'est elle qui a trempé dans l'eau bouillante, seulement, le forceps. Elle relate enfin que c'est elle qui a contraint le médecin à faire la délivrance, alors qu'il voulait se retirer aussitôt après la sortie de l'enfant du sein de la mère.

Enfin, sans fournir un témoignage régulier, le D^r Variot écrit au juge d'instruction, à la date du 26 septembre, qu'après une longue conversation avec le D^r Laporte, il est convaincu qu'on peut lui reprocher son inexpérience, son imprudence même, opi-

nion qui vient corroborer celle des médecins experts dans le rapport d'autopsie et dans la consultation déjà visés.

Le D^r Laporte a reconnu la matérialité des faits, notamment l'emploi des outils saisis dans les conditions indiquées par les témoins, l'absence d'antiseptiques, la pénétration trop profonde de l'aiguille à matelas au cours de l'opération, la double perforation de la vessie constatée par l'autopsie, la relation entre cet accident et la mort de la dame Fresquet. Il prétend avoir sollicité le concours d'un confrère, sans insister, et avoir trempé dans l'eau chaude le forceps et l'aiguille. Il a toujours soutenu que l'enfant était mort du moment où il s'est résolu à la craniotomie.

Ce dernier fait est accepté comme à peu près certain par les experts et par l'accoucheuse; il est contredit par les témoins. L'asepsie de l'aiguille est niée par la sage-femme. Mais, abstraction faite de ces réserves, les aveux mêmes de Laporte suffisent à établir le délit d'homicide par imprudence qui lui est reproché.

Les renseignements recueillis sur le compte de l'inculpé ne lui sont pas défavorables. Ils révèlent, toutefois, la situation précaire de l'inculpé, son peu de pratique et sa suffisance. (Il s'intitulait *médecin accoucheur*, alors qu'il n'avait fait que deux accouchements.) Cette remarque donne la mesure de sa conscience professionnelle.

Le D^r Laporte n'a pas d'antécédents judiciaires.

II. — Rapports médico-légaux.

1^o Rapport d'autopsie (femme Fresquet);

2^o — — (enfant Fresquet);

3^o Rapport médico-légal sur l'accouchement de la femme Fresquet;

4^o Note lue à l'audience du 20 octobre 1897.

1^o RAPPORT D'AUTOPSIE (FEMME FRESQUET).

Je soussigné, Jules Socquet, docteur en médecine, commis par M. Bertulus, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, en vertu d'une ordonnance, en date du 18 septembre 1896, ainsi conçue :

« Vu la procédure commencée contre Laporte, Victor-Louis Marie,

« Inculpé d'homicide par imprudence,

« Attendu la nécessité de procéder à l'autopsie du cadavre de la nommée Fresquet, décédée à l'hôpital Tenon et transportée à la Morgue,

« Ordonnons : 1° Qu'il y sera procédé par M. Socquet, docteur en médecine, lequel, après avoir reconnu l'état où se trouve ledit cadavre, dira quelles sont les causes de la mort ;

« 2° Qu'il sera recueilli par M. le Dr Socquet, à l'hôpital Tenon, tous renseignements utiles sur le traitement que l'on a fait suivre à la femme Fresquet et sur les signes, symptômes, etc., qu'elle présentait à son entrée. »

Serment préalablement prêté, ai procédé, le 20 septembre 1897, à l'autopsie du cadavre de la femme Fresquet, en présence de l'inculpé Laporte, de la demoiselle Maitrepierre, accoucheuse, et de M. Bertulus, juge d'instruction, assisté de son greffier.

I. Autopsie du cadavre de la femme Fresquet. — Le cadavre est celui d'une femme de petite taille (1^m,48), paraissant bien constituée et ne présentant aucun signe apparent de rachitisme. On ne constate aucune trace de violences apparentes sur les différentes parties du corps. Par la cavité vaginale s'écoule un peu de sang. Avant de procéder à l'ouverture du corps nous avons procédé à l'aide du doigt indicateur à la mensuration du diamètre sous-pubien, nous avons ainsi obtenu comme dimension du diamètre antéro-postérieur, défalcation faite pour l'épaisseur du pubis, 9 centimètres et demi.

À l'ouverture de la cavité abdominale, nous constatons dans la région de la fosse iliaque droite un épanchement de liquide sanguineux, exhalant une forte odeur fétide ; à ce niveau les anses intestinales sont rouges et congestionnées, réunies par quelques adhérences récentes.

Après avoir disjoint la symphyse pubienne, nous avons enlevé en masse, avec le couteau à cerveau, l'utérus et ses annexes y compris la vessie, la cavité vaginale entière, et l'extrémité du rectum ; le tout a été ensuite porté sur un plateau.

Après avoir introduit, par le canal de l'urètre, une sonde cannelée à l'intérieur de la vessie, nous avons avec des ciseaux fait une longue incision sur la face antérieure de la vessie ; celle-ci était absolument vide. Lorsque la vessie a été ouverte nous avons très nettement constaté sur la face interne la présence de deux perforations, linéaires quand on tend un peu la paroi, mais restant au contraire béantes et à peu près circulaires quand la paroi est plus que relâchée. L'une de ces perforations siège sur la face postérieure de la vessie et communique avec le col de l'utérus ; cette perforation utéro-vésicale mesure 2 centimètres de longueur. L'autre perforation siège sur la partie latérale droite de la vessie, à 4 centimètres de la précédente et à peu près sur la même ligne horizontale : cette perforation vésico-péritonéale me-

sure également 2 centimètres de longueur. Au niveau de ces deux perforations la muqueuse vésicale est infiltrée de sang.

La vulve et le vagin sont intacts ; les culs-de-sac vaginaux ne présentent aucune lésion.

L'orifice externe du col de l'utérus ne présente rien d'anormal. Sur la face antérieure du col, à 1 centimètre de cet orifice et à peu près sur la ligne médiane, se trouve la perforation qui communique avec la vessie.

Le corps de l'utérus est volumineux ; il mesure, d'une trompe à l'autre, 25 centimètres de longueur, et du fond à l'orifice externe 20 centimètres. L'épaisseur de la paroi utérine, prise au point le plus épais (partie médiane de la face postérieure) est de 25 millimètres. La face interne de l'utérus est d'un rouge très foncé ; elle est fortement imbibée de sang sur toute son étendue. Nulle part de lésions évidentes.

Le poids total de l'utérus et de ses annexes, y compris le vagin et la vessie, est de 2^{kg} 11,550.

L'œsophage et la trachée sont sains.

Les poumons sont un peu congestionnés ; ils ne contiennent pas de tubercule et paraissent sains.

Le ventricule droit du cœur renferme un caillot fibrineux et le ventricule gauche un caillot cruorique : les valvules sont saines.

L'estomac renferme quelques centimètres cubes d'un liquide jaunâtre, sa muqueuse est saine.

Le foie est sain ; la vésicule biliaire ne renferme pas de calcul.

La rate est saine et n'est pas diffluente.

Les reins sont également sains et se décortiquent facilement.

Il n'y a pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les méninges ne sont pas congestionnées. Le cerveau, le bulbe et le cervelet ne présentent aucune lésion, ni tumeur.

II. *Renseignements recueillis à l'hôpital Tenon.* — La dame Fresquet avait été admise à l'hôpital Tenon le 13 septembre, elle serait décédée le lendemain, 14 septembre, à huit heures du matin. Cette malade, placée d'abord dans un service de médecine, aurait été transférée presque de suite, salle Delessert, dans un service chirurgical. La surveillante de cette salle nous a déclaré que la dame Fresquet avait une température très basse lors de son entrée ; la température aurait été prise à trois reprises différentes et le thermomètre n'aurait jamais dépassé 35° centigrades. On n'aurait fait à cette malade que des injections vaginales d'eau bouillie très chaude, et trois injections sous-cutanées d'une solution de caféine dans la journée.

Conclusions. — 1° La mort de la dame Fresquet est le résultat

d'une péritonite, localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie (perforation utéro-vésicale et vésico-péritonéale);

2° Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant, tel que l'aiguille placée sous scellé n° 5;

3° Le cadavre de cette femme porte les traces d'un accouchement récent et à terme;

4° Les différentes lésions constatées ci-dessus ont été reconnues exactes par l'inculpé Laporte, au cours de notre autopsie.

D^r SOCQUET.

2° RAPPORT D'AUTOPSIE (ENFANT FRESQUET).

Je soussigné, Jules Socquet, docteur en médecine, commis par M. Bertulus, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, en vertu d'une ordonnance, en date du 20 septembre 1897, ainsi conçue :

« Vu la procédure commencée contre Laporte

« Inculpé d'homicide par imprudence

« Attendu la nécessité de procéder à l'autopsie du cadavre de l'enfant nouveau-né de la dame Fresquet, cadavre déposé à la Morgue,

« Ordonnons qu'il y sera procédé par M. Socquet, docteur en médecine, lequel, après avoir pratiqué l'autopsie du cadavre déposé à la Morgue, s'expliquera sur les causes de la mort. »

Serment préalablement prêté, ai procédé à cette autopsie le 20 septembre 1897, en présence de l'inculpé Laporte, de la demoiselle Maitrepierre et de M. le juge d'instruction assisté de son greffier.

Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, pesant 3^{kg} 420 et mesurant 53 centimètres de longueur.

La putréfaction est légèrement commencée.

Le cordon ombilical mesure 32 centimètres de longueur, il a été sectionné et ne porte pas de ligature.

Le diamètre antéro-postérieur du crâne mesure 118 millimètres; le diamètre transversale 95 millimètres; le diamètre occipito-mentonnier 135 millimètres et le diamètre bi-acromial 147 millimètres. A la partie supérieure et médiane du crâne se trouve une petite plaie du cuir chevelu mesurant 1 centimètre de longueur sur 5 millimètres de largeur. Sur la région latérale droite du crâne se trouvent deux autres petits orifices sur le cuir chevelu. Enfin, à la région inférieure et gauche du cou, petit orifice de 5 millimètres environ de diamètre.

On ne constate pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les deux pariétaux sont disjoints dans leur moitié postérieure, ainsi qu'au niveau de la suture occipito-pariétale droite sur une longueur de 2 centimètres. Les os du crâne ne chevauchent pas l'un sur l'autre. Le pariétal droit présente une ligne de fracture verticale, partant de la partie médiane du bord supérieur et venant se terminer au niveau de la bosse pariétale. Sur cette ligne, à 2 centimètres environ du bord supérieur, se trouve une petite plaie osseuse, de forme curviligne, mesurant 5 millimètres de longueur. Au niveau de cette plaie, se trouve sur la dure-mère une petite perforation de 5 millimètres de diamètre. Le pariétal gauche et les autres os du crâne ne sont pas fracturés. L'hémisphère cérébral gauche est intact. Sur l'hémisphère cérébral droit, au niveau de la perforation de la dure-mère signalée plus haut, la substance cérébrale est détruite sur un petit espace de 2 centimètres environ de diamètre. La quantité de substance cérébrale qui a pu s'écouler par ce petit orifice est presque insignifiante. Le cervelet et le bulbe sont intacts.

Les poumons sont atelectasiés : plongés dans l'eau, avec le cœur et le thymus, ils ne surnagent pas : il en est de même pour les fragments de poumon. Pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Les cavités du cœur sont vides ; les valvules sont saines. Sur la surface du cœur se trouvent quelques ecchymoses sous-péricardiques.

L'estomac renferme un peu de mucus.

Le foie, la rate et les reins sont sains.

Le méconium occupe les dernières parties du gros intestin.

Les condyles de l'extrémité inférieure du fémur présentent un point d'ossification mesurant 9 millimètres de diamètre. Le maxillaire inférieur possède huit alvéoles nettement cloisonnés.

Conclusions. — 1° Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, arrivé au terme normal de la vie intra-utérine.

2° Il n'a pas respiré.

3° Les blessures constatées sur le cuir chevelu et sur le pariétal droit paraissent avoir été faites avec un instrument piquant, tel que l'aiguille à matelas (scellé n° 5).

4° Ces blessures constatées par l'inculpé Laporte, au cours de l'autopsie, auraient été faites dans le but de pratiquer la craniotomie pour faciliter l'accouchement.

5° L'enfant devait être mort lorsque cette opération a été pratiquée.

D^r SOCQUET.

3° RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR L'ACCOUCHEMENT DE LA FEMME FRESQUET.

Nous soussignés, Maygrier, Charles, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, et J. Socquet, médecin-expert près des tribunaux,

Commis par M. Bertulus, juge d'instruction au tribunal de première instance du département de la Seine, en vertu d'une ordonnance en date du 20 septembre 1897, ainsi conçue :

« Vu la procédure en cours contre Laporte, Victor-Louis-Marie, docteur en médecine,

« Inculpé d'homicide par imprudence,

« Vu l'autopsie faite le 20 septembre courant, en présence de l'inculpé Laporte, par M. le D^r Socquet à ces fins commis,

« Attendu qu'il importe de savoir si le D^r Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en opérant la craniotomie sur l'enfant que cette femme portait dans son sein, a :

« 1° Observé toutes les règles de l'art des accouchements ;

« 2° Commis quelque négligence ;

« 3° Commis quelque imprudence ;

« 4° Commis quelque maladresse.

« Ordonnons qu'il sera, aux fins ci-dessus, procédé à une expertise par les soins de MM. les D^{rs} Maygrier et Socquet, experts près le tribunal de la Seine. »

Serment préalablement prêté,

Répondons ainsi qu'il suit aux questions posées par M. le juge d'instruction, après avoir pris connaissance des pièces contenues dans le dossier, et examiné les divers objets placés sous scellés :

1° Les éléments qui nous permettent de répondre à la première question : Laporte a-t-il observé toutes les règles de l'art des accouchements ? nous sont fournis par l'examen des dépositions de l'inculpé, de l'accoucheuse et des autres témoins.

Il résulte de ces dépositions, assez concordantes dans leur ensemble, que le samedi 11 septembre, vers onze heures et demie du soir, à son arrivée auprès de la femme Fresquet, Laporte s'est trouvé en présence de la situation suivante :

La femme Fresquet était en travail d'accouchement, depuis deux jours environ ; la dilatation du col de l'utérus était complète.

Il y avait une présentation du sommet, la tête étant fixée au détroit supérieur du bassin.

Il existait en outre une procidence du cordon ombilical, reconnue

par la sage-femme dès la rupture de la poche des eaux, rupture qui s'était produite dans l'après-midi du 11 septembre.

L'enfant était vraisemblablement mort, étant donné que le cordon faisait procidence depuis plusieurs heures.

Enfin, le bassin était légèrement rétréci. Les constatations faites par l'un de nous à l'autopsie ont démontré en effet que le détroit supérieur mesurait, dans le sens antéro-postérieur, 9 centimètres et demi de diamètre, au lieu de 11 centimètres, dimension normale de ce diamètre. — Telle était la situation — Dans ces conditions, l'éventualité d'un accouchement spontané devenait très problématique, la femme Fresquet ayant d'ailleurs dû subir, à plusieurs de ses accouchements antérieurs, des applications de forceps. La longue durée du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement.

La femme Fresquet, désirant faire ses couches chez elle, et l'assistance d'un médecin de nuit ayant été requise, Laporte, appelé comme tel, n'a pas hésité à accepter la mission pénible de délivrer cette femme chez elle, dans des conditions particulièrement difficiles.

L'ensemble des faits que nous avons exposés constituait un cas de dystocie sérieux. L'indication d'intervenir était immédiate et formelle, et le traitement le plus rationnel était, selon nous, d'appliquer le forceps d'abord, et, en cas d'insuccès, de pratiquer la craniotomie.

Or, il paraît bien établi que Laporte a d'abord appliqué le forceps et que, ne réussissant pas, il s'est décidé à recourir à la craniotomie.

Il s'est donc conformé aux indications que comportait la situation et il a observé, sur ce point, toutes les règles de l'art des accouchements.

2° Les trois autres questions qui nous sont posées : Laporte a-t-il commis quelque négligence, imprudence ou maladresse, étant connexes, nous ne les dissocierons pas, et pour y répondre, nous allons examiner la manière dont Laporte a opéré.

Après avoir au préalable endormi la femme avec du chloroforme, il aurait fait, sans succès, trois applications de forceps. Le forceps dont il s'est servi (scellé 7) est un forceps de Levret, en parfait état. Laporte l'aurait trempé dans l'eau bouillante avant de l'appliquer. Après ces tentatives infructueuses, il se serait résolu à pratiquer la craniotomie, opération qui consiste à perforer le crâne de l'enfant, pour donner écoulement à la substance cérébrale, dans le but de diminuer le volume de la tête et de faciliter ainsi son passage à travers le bassin.

. N'ayant à sa disposition d'autre craniotome ou perce-crâne que la pointe aiguë contenue dans l'une des branches de son forcéps, Laporte aurait commencé par s'en servir, mais sans obtenir de résultat.

C'est alors que, vu l'urgence, la femme étant toujours endormie, il aurait demandé au mari de lui procurer un instrument piquant quelconque, pour perforer le crâne de l'enfant. Le sieur Fresquet lui aurait remis les objets suivants : un équarrissoir (scellé 1), un ciseau à froid (scellé 2), un fil de fer pointu, dit porte-étiquettes (scellé 4), une aiguille en fer, dite à matelas (scellé 5), enfin un marteau (scellé 3).

Sans entrer dans les détails un peu confus et contradictoirement rapportés des manœuvres qui auraient été tentées avec ces divers instruments, nous ferons simplement remarquer que plusieurs d'entre eux (scellés 1, 2 et 4) ne nous paraissent pas avoir pu être employés utilement, étant trop courts pour atteindre la tête de l'enfant, située encore assez haut. Avec l'aiguille à matelas seule (scellé 5), longue de 21 centimètres et demi, il était possible d'arriver à pénétrer dans le crâne, et il paraît avéré que c'est avec la pointe de cet instrument que le pariétal droit a été perforé.

Quant au marteau, il n'aurait servi, d'après la déclaration même de Laporte, « qu'à tapoter légèrement sur l'extrémité de l'instrument dont il se servait pour perforer le crâne, mais sans insister ».

Les constatations faites à l'autopsie de l'enfant démontrent que l'ouverture faite au crâne avec l'aiguille à matelas a été petite, que l'écoulement de la substance cérébrale a été minime, et que la diminution du volume de la tête fœtale a été, de ce fait, peu notable.

L'instrument employé était donc certainement défectueux ; il était, de plus, difficile à manier et à diriger avec sûreté, en raison de sa ténuité, et il n'est pas surprenant qu'une échappée ait pu se produire, au cours de son introduction répétée, du côté des parties molles de la mère (perforations du col de l'utérus, de la vessie en deux endroits, découvertes à l'autopsie et reconnues par Laporte ; l'une des perforations vésicales s'ouvrait dans le péritoine).

Toutefois, il est juste de reconnaître que l'urgence de l'opération autorisait jusqu'à un certain point Laporte à employer cet instrument. En effet Penard et Abelin (1), auteurs invoqués par Laporte pour sa justification, ont écrit la phrase suivante : « La craniotomie s'exécute avec des ciseaux de Smellé ou le perce-

(1) Penard et Abelin, *Guide pratique de l'accoucheur*, 7^e édition, 1889, p. 549.

crâne de H. Blot, ou les ciseaux de Nægelé, ou, *au besoin, avec n'importe quel instrument*, tout à la fois solide, piquant, et un peu tranchant vers la pointe. »

D'autre part, il est certain que Laporte n'est pas le premier praticien qui ait agi ainsi, et, dans un livre récent (1), on trouve le passage suivant : « Il n'est, pour ainsi dire, pas d'instrument qui n'ait été employé pour ouvrir la botte crânienne du fœtus ; nombre de médecins, n'ayant pas à leur disposition d'instruments spéciaux, ont utilisé ce qu'ils avaient sous la main : couteaux de cuisine, bistouris, ciseaux, etc. »

Quoi qu'il en soit, après avoir fait choix de l'instrument qu'il jugeait le plus approprié au but qu'il se proposait, Laporte devait l'aseptiser soigneusement avant de s'en servir, puis le guider avec la plus grande prudence sur ses doigts profondément introduits dans les organes naturels, afin d'éviter de blesser ces organes. Or, il ne paraît pas établi, d'après les renseignements fournis par le mari, la sage-femme et Laporte lui-même, que toutes ces précautions aient été rigoureusement prises.

Il semble en effet certain d'une part qu'il n'a été fait usage d'aucune substance antiseptique pendant l'accouchement. Comme mesure aseptique, Laporte s'est borné à tremper son forceps dans l'eau bouillante, comme nous l'avons dit. A l'égard des autres instruments, ses souvenirs ne sont pas précis ; il croit cependant se rappeler avoir plongé également dans l'eau chaude l'aiguille à matelas. D'autre part, il semble résulter de diverses dépositions, et notamment de celle de la sage-femme, que Laporte a introduit directement les instruments dans le vagin, sans les guider avec sa main, et en se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire.

Nous devons cependant reconnaître que les lésions produites par Laporte, lésions dont il existe d'ailleurs d'autres exemples dans la science, étaient difficiles à éviter avec un pareil instrument, surtout entre les mains d'un opérateur qui, de son propre aveu, pratiquait pour la première fois la craniotomie.

Après avoir perforé le crâne et constaté l'issue d'un peu de substance cérébrale, Laporte aurait réappliqué le forceps ; il déclare avoir alors réussi à extraire le fœtus.

L'accouchement terminé, il a procédé à la délivrance, prescrit des injections phéniquées et s'est retiré.

Trente-six heures plus tard, la femme Fresquet n'avait pas encore uriné. Le cathétérisme vésical pratiqué par la sage-femme

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Précis d'obstétrique*, 2^e édition, 1896, p. 1178.

n'amena que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide : ce fait s'explique aisément par la double perforation de la vessie, les urines s'écoulant directement dans la cavité péritonéale.

La malade, transportée dans la journée du 13 septembre à l'hôpital, y a succombé le 14, à 3 heures du matin.

En résumé, de ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure, tout en faisant la part des conditions défavorables et du milieu défectueux où Laporte se trouvait placé pour intervenir, ce qui rendait sa tâche particulièrement difficile, qu'il n'a pas conduit son opération avec la prudence voulue, et que, s'il a réussi à délivrer la femme Fresquet, il a néanmoins produit involontairement une blessure de la vessie, qui a été le point de départ d'une péritonite promptement mortelle.

Conclusions. — 1° En appliquant d'abord le forceps, et en essayant ensuite la craniotomie, Laporte s'est conformé aux indications que comportait la situation dans laquelle il trouvait la femme Fresquet; il a donc observé les règles de l'art des accouchements, en ce qui concerne les indications opératoires.

2° Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en pratiquant la craniotomie, opération qu'il faisait pour la première fois, n'a pas opéré avec la prudence et l'habileté désirables. Il a déterminé, en se servant, il est vrai, d'un instrument défectueux, une blessure involontaire qui a entraîné la mort.

D^r CH. MAYGRIER. D^r SOCQUET.

4° NOTE LUE A L'AUDIENCE DU 20 OCTOBRE 1897.

Monsieur le Président,

Dans sa déposition faite à l'audience d'hier, M. le professeur Pinard a interprété les lésions trouvées à l'autopsie de la dame Fresquet comme étant de nature spontanée et non traumatique, attaquant ainsi les conclusions de notre rapport.

Bien que M. Pinard n'ait basé son argumentation que sur des hypothèses et des raisons théoriques, puisqu'il n'a pas vu les pièces anatomiques, nous croyons devoir, en raison de la haute autorité qui s'attache à sa parole, protester une dernière fois contre ses assertions.

L'examen minutieux des organes de la dame Fresquet nous a permis de constater l'existence de deux perforations de la vessie, siégeant, l'une sur la partie médiane de la face postérieure de cet organe et communiquant avec une perforation analogue du col de l'utérus (perforation utéro-vésicale), l'autre sur la partie

latérale droite de la vessie et communiquant avec le péritoine (perforation vésico-péritonéale).

Ces lésions sont linéaires et verticales, ont des bords absolument nets, mesurent chacune 2 centimètres de longueur, et sont séparées par un intervalle de 4 centimètres. Leurs caractères anatomiques et surtout le siège de la seconde perforation, qui n'a aucun rapport avec l'utérus, ne permettent pas de les considérer comme des ruptures utéro-vésicales spontanées, ainsi qu'a essayé de le démontrer M. Pinard.

Il a émis d'autre part l'hypothèse que ces lésions pourraient avoir été produites par des « *aiguilles osseuses* » du bassin. Cette assertion tombe d'elle-même par ce fait qu'aucune des perforations n'est en rapport avec la paroi osseuse du bassin, qui d'ailleurs ne présentait pas de ces saillies osseuses anormales. Ce n'est pas, en effet, la paroi antérieure de la vessie, la seule qui soit en contact avec les parties osseuses, qui est intéressée; les lésions siègent, comme nous l'avons dit, sur les faces postérieure et latérale droite.

Tous ces faits peuvent être contrôlés, *de visu*, sur les pièces anatomiques, qui ont été placées dans un liquide conservateur.

Telles sont les raisons qui nous ont fait admettre l'origine traumatique des lésions et qui nous ont fait penser qu'elles pouvaient avoir été produites par un instrument piquant, tel que l'aiguille placée sous scellé n° 5.

Ce 20 octobre 1897.

Signé : MAYGRIER, SOCQUET.

III. — Jugement.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

(9^e chambre)

Audience du 22 octobre 1897

Les termes généraux de l'art. 349 C. pén. s'appliquent à toutes personnes, quels que soient leur art ou leur profession, par conséquent, au médecin et à l'opérateur qui, dans l'exercice de sa fonction, se rend coupable de faute et de négligence graves.

Si le Tribunal ne peut se faire juge de théories, d'opérations, de systèmes médicaux, s'il ne peut apprécier un diagnostic, la nécessité d'une opération, la dextérité de l'opérateur, il peut apprécier s'il y a faute lourde, négligence, légèreté, impéritie, ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement connaître.

Ainsi jugé par le jugement dont voici les termes :

« Le Tribunal,

« Attendu que Laporte, qui a obtenu le diplôme de docteur en médecine, en 1893, et qui avait vainement cherché à se créer une clientèle dans le dix-septième arrondissement, s'est installé, le 1^{er} septembre 1897, boulevard de Charonne, n° 104 ;

« Attendu qu'ayant été agréé en 1895 comme médecin du service de nuit, il fut requis, dans la nuit du 11 septembre, de se rendre rue Courat, 32, chez la dame Fresquet qui était depuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement et dont l'accouchement présentait des difficultés ;

« Attendu que Laporte s'étant muni d'un forceps, seul instrument qu'il possédât pour faire les opérations obstétricales, se présenta au domicile de la dame Fresquet qui avait déjà eu cinq enfants et auprès de laquelle se trouvait une sage-femme, la dame Maltrepierre ; qu'après examen, le Dr Laporte jugea que l'application du forceps était nécessaire, application qui avait déjà eu lieu avec succès dans des accouchements précédents de cette dame ;

« Attendu que la manière de procéder du médecin surprit, dès le commencement, les personnes présentes et leur inspira des doutes sur sa compétence ; qu'il fut manifeste, pour elles, que le maniement du forceps ne lui était pas familier ; qu'il n'avait aucune notion de la position que devait avoir la patiente, dont il laissait les jambes tomber hors du lit ; que le mari et la dame Houbert crurent même devoir intervenir pour lever et maintenir les jambes pendant que l'opérateur appliquait le forceps, et que la sage-femme ne put s'empêcher de dire : « Nous sommes mal « tombés ! » ;

« Attendu que trois applications du forceps furent faites, mais sans résultat ; que les témoins présents à l'accouchement déposent du trouble, de l'agitation du prévenu qui, après l'insuccès du forceps, dit à plusieurs reprises : « Je suis au bout de mon « rouleau ! » ;

« Attendu qu'on lui proposa d'aller chercher un autre médecin pour l'assister ; qu'il se borna à répondre : « Attendons » ; qu'il dit alors à la sage-femme : « Il n'y a plus qu'à perforer le crâne de « l'enfant qui doit être mort » ;

« Attendu qu'après avoir vérifié, l'un et l'autre, qu'on ne sentait plus les battements du cœur de l'enfant, Laporte se mit en devoir de pratiquer la craniotomie, mais qu'il n'avait aucun des instruments employés d'ordinaire pour cette opération ; qu'il essaya d'abord de se servir de la pointe de son forceps qui était trop courte ; qu'ayant demandé à Fresquet un instrument quelconque,

celui-ci lui apporta la boîte à outils, dans laquelle Laporte prit d'abord un porte-étiquettes et un équarisseur qui ne lui parurent pas utilisables, puis une aiguille à matelas, à bout pointu, aplatie et recourbée, dont il crut pouvoir se servir ;

« Attendu que, sans l'aseptiser ni la tremper dans l'eau bouillante, il introduisit, d'une main, cette aiguille dans le vagin, se bornant, de l'autre, à écarter les lèvres des parties génitales de la patiente, et chercha à plusieurs reprises à piquer le crâne de l'enfant ;

« Attendu qu'é, ayant retiré l'aiguille, et sans vérifier quel avait été le résultat de ces piqûres, Laporte prit alors dans la boîte à outils un ciseau à froid et un marteau, et qu'ayant appliqué le ciseau sur la tête de l'enfant qui, disait-il, avait la boîte crânienne dure, il frappa avec le marteau sur le crâne ; mais, qu'à ce moment, Fresquet et la dame Houbert, émotionnés et outrés, intervinrent et lui arrachèrent le ciseau et le marteau des mains ;

« Attendu que, presque aussitôt, la femme Fresquet, cessant d'être sous l'action du chloroforme, fit un mouvement, une contraction ; que la tête de l'enfant parut ; qu'elle fut signalée par Fresquet au médecin, et que, appliquant une dernière fois le forceps, il ne tarda pas à retirer le corps ;

« Attendu que le médecin se disposait à partir sans délivrer la femme, mais que la sage-femme, craignant une hémorragie, l'obligea à terminer son opération ;

« Attendu qu'aussitôt après, ayant fait quelques recommandations au sujet des soins à donner à la malade, il se retira et ne revint plus ;

« Attendu cependant que la dame Fresquet ne tarda pas à présenter les symptômes d'une maladie grave, consécutive à l'accouchement ; que visitée, le lendemain, par le Dr Ballouhey, son état fut jugé si sérieux que son transport immédiat à l'hospice fut décidé, et qu'elle y mourut le 14 septembre, à 8 heures du matin ;

« Attendu que l'autopsie de l'enfant a révélé sur le pariétal droit une plaie et perforation ayant laissé s'écouler une petite quantité de matière cérébrale ;

« Attendu, d'une part, que l'autopsie de la dame Fresquet a conduit le médecin commis aux conclusions suivantes : « La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie. Cette perforation a été faite avec un instrument piquant, tel que l'aiguille placée sous scellé » ;

« Attendu que l'expert ajoute que ces différentes lésions ont été reconnues exactes par l'inculpé, au cours de l'autopsie à laquelle il assistait ;

« Attendu que ces conclusions sont confirmées par M. le Dr Maygrier, expert commis, qui a vu les pièces anatomiques et est d'accord avec son confrère pour déclarer que la double perforation de la vessie est le résultat de la piqure d'un instrument pointu, comme l'aiguille à matelas saisie, qui a traversé la vessie pour atteindre le péritoine et déterminer ensuite une péritonite mortelle ;

« Attendu, il est vrai, que le Dr Pinard conteste, à l'audience, ces constatations et conclusions ; qu'il estime qu'à raison du long travail de l'enfantement, les perforations de la vessie se sont probablement produites *spontanément*, qu'elles peuvent ainsi avoir été déterminées par des aiguilles osseuses ;

« Mais attendu que les experts, tant dans leur déposition orale que dans une note complémentaire remise à l'audience pour préciser et justifier leur opinion, ont déclaré que l'examen minutieux des organes de la dame Fresquet ne permet pas de considérer les perforations constatées comme des ruptures spontanées ; qu'il est, de plus, impossible que les lésions de la vessie, à la place où elles se trouvent, aient été causées par des aiguilles osseuses, qui, d'ailleurs, dit le Dr Socquet, n'existaient pas dans le bassin ;

« Attendu que le Tribunal, placé entre les constatations faites sur les organes et les conclusions qui en découlent, d'une part, et, d'autre part, une argumentation basée sur des hypothèses, des conjectures et des raisonnements théoriques, ne peut hésiter à faire confiance aux premières, émanant d'hommes de l'art distingués et expérimentés, agissant en vertu d'un mandat de justice ;

« Attendu que, étant admis par le Tribunal que les perforations de la vessie ont été faites par l'aiguille à matelas dont s'est servi Laporte, il y a lieu d'examiner, en droit et en fait, si les procédés et opérations du prévenu, qui ont amené cette lésion dont la mort a été la conséquence, le rendent passible des dispositions de l'art. 319 C. pén. ;

« Attendu, en droit, que les termes généraux de cet article s'appliquent à toutes les personnes, quel que soit leur art ou leur profession, par conséquent au médecin et à l'opérateur qui, dans l'exercice de sa fonction, se rend coupable de faute et de négligence graves ; qu'il est certain que les Tribunaux doivent user avec prudence des pouvoirs que la loi leur confère ; que l'appréciation des théories, des opérations, des systèmes, leur échappe ;

qu'ils ne peuvent se rendre juges du diagnostic, de l'opportunité d'une opération, du plus ou moins de dextérité avec laquelle elle est faite, de la valeur d'un procédé comparé à un autre, de l'opportunité de telle ou telle médication; mais que leur action commence là où il y a, de la part du médecin, faute lourde, négligence, légèreté, impéritie, ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement savoir; que telle est la doctrine de M. le procureur général Dupin dans le réquisitoire dont une partie a été lue à l'audience;

« Attendu que le Tribunal doit rechercher si des actes de cette nature sont imputables au D^r Laporte dans l'accouchement de la dame Fresquet;

« En fait :

« Attendu que Laporte, quoi qu'il se présentât aux habitants du quartier de Charonne comme accoucheur (il avait fait apposer à sa porte une plaque avec ces mots: *Médecin et accoucheur*), n'avait rien moins que des connaissances pratiques en la matière; qu'en dehors des opérations de cette nature qu'il avait pu faire à l'hôpital ou lorsqu'il était étudiant, il n'avait opéré, depuis 1893, que deux accouchements; que pour ceux-ci, l'application du forceps n'avait pas été nécessaire;

« Attendu, d'autre part, qu'il n'avait jamais fait la craniotomie; qu'ainsi, sa pratique des opérations obstétricales était presque nulle;

« Attendu que son inexpérience s'est d'ailleurs accusée aux yeux de tous, notamment de la sage-femme, dès son arrivée chez la dame Fresquet;

« Que, sans parler de l'administration du chloroforme qui paraît avoir été faite sans surveillance, la manière dont Laporte se servit du forceps, la position dans laquelle il laissa la parturiente (et qui a déterminé l'intervention du mari et de la femme Houbert), ont révélé qu'il n'avait aucune notion de ce qu'en pareille circonstance un médecin doit faire et savoir, et ont motivé le propos de la sage-femme relevé ci-dessus;

« Attendu que l'incohérence, la maladresse des actes de Laporte et son excitation étaient telles que la dame Maitrepierre crut devoir, à un moment donné, lui demander s'il était souffrant et qu'après l'application infructueuse du forceps, il dut reconnaître « qu'il était au bout de son rouleau »;

« Attendu que, dans ces conditions, se trouvant en présence d'une opération grave, la craniotomie, qu'il n'avait jamais faite, les instruments *ad hoc* lui manquant, il devait, ainsi que le lui conseillaient les personnes présentes, envoyer l'une d'elles cher-

cher un autre médecin ou, tout au moins, tenter d'en trouver un pour l'assister ;

« Qu'en ne le faisant pas, il a commis une faute grave qui peut lui être reprochée pénalement ;

« Attendu, de plus, qu'en pratiquant la craniotomie il a fait preuve d'une impéritie et d'une ignorance manifestes des choses que tout homme de l'art doit savoir ;

« Attendu en effet, qu'il est élémentaire et enseigné par tous les traités sur la matière que le chirurgien, qui fait cette opération avec un instrument approprié, doit introduire sa main gauche dans le vagin ; que les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale autant que possible maintenue stable par la main d'un aide placée sur le ventre, et que le perforateur doit être guidé et appuyé jusqu'à la place où il agira, par les doigts indicateur et médius de la main gauche ; que dans le cas où la tête de l'enfant est près de la vulve, on peut se dispenser d'introduire la main, mais que, tout au moins, les deux doigts, indicateur et médius, doivent conduire et diriger l'instrument :

« Attendu que cette manière de procéder, mise en pratique par tous les médecins accoucheurs, a pour but, non seulement d'assurer le succès de la perforation, mais encore de protéger les organes de la femme de toute déchirure ou rupture que le défaut de direction de l'instrument amènerait presque fatalement ;

« Attendu que ces règles, prescrites et observées dans les opérations faites avec des instruments appropriés, sont encore plus impérieuses lorsque le praticien a en mains, comme Laporte, un instrument, disent les experts, certainement défectueux, difficile à manier et à diriger avec sûreté, en raison de sa ténuité, et dont les échappées étaient à craindre ;

« Or, attendu que l'information et les débats ont recueilli les déclarations nettes, formelles, que rien ne peut faire suspecter, des dames Houbert et Delanoë, qui étaient près de la parturiente et qui déclarent formellement que, lorsque Laporte a introduit l'aiguille à matelas, il ne l'a dirigée ni avec la main, ni avec les doigts ;

« Attendu que la demoiselle Mattrepierre dit, il est vrai : « Pour l'aiguille, il me semble qu'il a introduit un doigt, mais je ne puis l'affirmer » ;

« Mais qu'elle explique que, placée en arrière de la dame Fresquet, dont elle maintenait la tête sur son bras, elle n'a pas pu bien voir ce qui se passait en avant ;

« Attendu qu'en admettant cette déclaration, formulée à l'audience sous la forme la plus dubitative et qui ne peut, dès lors,

infirmes les déclarations précises des dames Houbert et Delanoë, le Dr Laporte n'aurait introduit qu'un doigt pour diriger l'aiguille, ce qui serait manifestement insuffisant et inopérant pour empêcher de glisser à droite ou à gauche sur les organes de la femme ;

« Attendu, au surplus, que les déclarations du Dr Laporte à l'instruction constituent sur ce point des aveux de sa faute ; qu'en effet, confronté avec la sage-femme (pièce 24), il déclare : « Je crois que c'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne, mais je n'ai pas mis le doigt pour le vérifier. J'ai le souvenir d'être allé, à un moment donné, un peu trop loin avec mon aiguille ; mais je ne me suis jamais rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré » ;

« Attendu que Laporte reconnaît ainsi ne pas avoir conduit ni dirigé l'aiguille, puisqu'il ne s'est pas rendu compte jusqu'où elle était allée, ni si elle avait perforé le crâne ;

« Attendu que M. le Dr Pinard estime que le prévenu a dû guider l'aiguille, parce que, si elle ne l'avait pas été, l'autopsie aurait révélé des désordres au seuil du sac vaginal, alors qu'il en résulte qu'il était intact ;

« Attendu que le Dr Maygrier a répondu qu'il ne pouvait être aussi affirmatif que M. le Dr Pinard, et qu'il y a d'ailleurs lieu de considérer que Laporte ouvrait, d'après les témoins, la vulve avec les doigts de la main gauche, pendant qu'il introduisait l'instrument de la main droite, et qu'ainsi il a pu se diriger vers l'organe dont il est question, sans l'atteindre ;

« Attendu qu'il est démontré pour le tribunal que le Dr Laporte a ainsi contrevenu aux règles élémentaires de l'art, qu'il a commis une imprudence, une négligence opératoire qui constitue une faute lourde, laquelle a été la cause directe et involontaire de la mort de la dame Fresquet ;

« Attendu que, sans qu'on puisse retenir pénalement ces éléments, le présent jugement ne peut pas ne pas relever, comme une nouvelle preuve de son incapacité et du désarroi de son esprit, l'usage inutile, inconsideré et cruel du ciseau et du marteau ;

« En ce qui concerne l'application de la peine :

« Attendu qu'il y a lieu de tenir compte au prévenu de l'honorabilité de sa vie, des difficultés de ses débuts, de l'impossibilité où l'a mis l'absence de clientèle d'acquérir l'expérience de son art, de son état d'esprit, de son agitation, de son émotion même, lorsqu'en présence des complications qui survenaient, il s'est senti désarmé, obligé cependant de rester auprès de la malade et de l'assister jusqu'à sa délivrance par devoir et par humanité ;

« Attendu que ces considérations sont de nature à concilier au prévenu l'indulgence du tribunal;

« Par ces motifs,

« Condamne le prévenu à trois mois de prison avec application de la loi Béranger. »

IV. — Interrogatoire du D^r Laporte par M. Potier,

Président de la 7^e Chambre des appels de police correctionnelle.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous êtes né le 8 février 1865; vous avez depuis quelques jours trente-trois ans.

Votre diplôme de docteur en médecine, qui est aux pièces, porte la date du 18 mars 1893; il vous a été délivré par la Faculté de médecine de Paris.

A vos débuts dans la médecine, qu'avez-vous fait ?

RÉPONSE. — J'ai été médecin de la C^{ie} Transatlantique.

M. LE PRÉSIDENT. — D'avril 1894 à la fin de mars 1895, vous avez navigué à titre auxiliaire comme médecin à bord des navires de la C^{ie} Transatlantique. Vous aviez là des appointements mensuels rémunérateurs, qui s'élevaient à 300 francs. Pourquoi avez-vous quitté cet emploi ?

RÉPONSE. — Je n'avais entrepris de voyager que momentanément; je n'ai jamais eu l'intention d'en faire ma position.

M. LE PRÉSIDENT. — Plusieurs capitaines vous avaient signalé comme étant d'un caractère timide et mélancolique; l'un d'eux même avait signalé ce qu'il appelle l'étrangeté de vos allures. Je ne rappelle cela que parce que c'est une note de caractère qui peut-être tout à l'heure aura une certaine importance.

Revenu à Paris, après avoir quitté cette position, vous vous êtes installé avec votre mère avenue Wagram, puis rue Jouffroy. Dans ce quartier riche, comme vous l'avez dit, la clientèle ne venait pas, vous gagniez à peine 100 francs par mois : c'était la misère, la misère la plus triste de toutes peut-être, celle des classes libérales, et, je dois le dire toute de suite, la misère courageusement supportée par vous. Dans des notes saisies qui sont là, se trouvent révélés des détails intimes qui, pour tous ceux qui les parcourent, ne peuvent inspirer que de l'intérêt, je dis plus : une estime mêlée de compassion. M. le juge d'instruction, dans l'interrogatoire définitif qu'on vient de lire, a rappelé qu'au moment de votre arrestation, vous n'aviez que un franc quarante centimes sur vous. Le dossier révèle un autre détail plus triste encore. Étant à Mazas, vous avez cherché à toucher le bon de vingt francs auquel vous aviez droit pour l'accouchement de la

femme Fresquet ; le paiement a été refusé. Je dis cela pour vous assurer de la pitié de ceux qui ont à vous juger, car, j'ai lu ce dossier, et ces notes, ces agendas, ces tristes calculs pour réduire au strict minimum les dépenses quotidiennes, quand on les rapproche des notes sérieuses, scientifiques que vous aviez prises et qui sont également là, ne peuvent inspirer que de l'estime pour celui qui lutte pour la vie dans ces dures conditions.

Sous un scellé qui est là, que nous avons ouvert, scellé où l'on a relevé quelques détails de notes bizarres, se trouve un travail important que vous avez mis sous une cote et que vous intitulez « Accouchements ». Il y a là de vieilles notes, probablement des notes d'étudiant, puis à côté de cela des feuilles neuves, remplies, on le voit, récemment, d'extraits des meilleurs auteurs sur les accouchements. Nous avons tenu à les soumettre à l'expert compétent pour les apprécier ; il nous a dit qu'il y avait là un travail sérieux de préparation théorique, un travail que peut-être on ne trouverait pas chez bien des médecins et qui légitime suffisamment cette plaque qu'on vous a reprochée, sur laquelle vous aviez écrit : « Médecin et accoucheur. » Théoriquement, vous étiez prêt ; pratiquement, votre éducation était moins complète, n'est-ce pas?... Combien aviez-vous fait d'accouchements avant celui de la dame Fresquet.

RÉPONSE. — Dans la pratique, c'était mon troisième ; à l'hôpital, j'en avais fait un grand nombre.

M. LE PRÉSIDENT. — Oui, mais dans votre pratique, vous en aviez fait deux, et à l'occasion de ces accouchements, vous avez amené devant le tribunal trois témoins à décharge. Il se trouve que ces deux accouchements se placent à deux dates successives, l'un le 30, l'autre le 31 juillet. Puis, je vois que le docteur Ducor dit : « Un des membres de notre association lui a confié un accouchement difficile ; il s'en est tiré avec succès. » C'était évidemment un de ces deux-là?...

Vous vous étiez décidé à quitter ce quartier dans lequel la clientèle ne venait pas ; vous aviez pensé que vous trouveriez une clientèle plus accessible dans un quartier pauvre ?

LAPORTE. — D'autant plus que les loyers sont meilleur marché dans ce quartier.

M. LE PRÉSIDENT. — C'est ainsi que, en septembre dernier, vous vous étiez transporté boulevard de Charonne. Vous aviez un loyer de 340 francs par an. Vous aviez mis sur votre porte : « Médecin et accoucheur ». Mais, vous étiez plus sûr de vous faire une clientèle en vous inscrivant comme médecin du service médical de nuit dans le quartier de Charonne.

C'est à ce titre que, dans la soirée du 11 septembre, vous avez été requis, à 11 heures du soir, pour venir assister dans son accouchement une dame Fresquet qui demeurait, 32, rue Courat.

Ce ménage Fresquet, ce sont de pauvres gens. Le mari vend de la pâtisserie sur la voie publique; il y gagne trois francs par jour, et il faut dire que lui avait cinq ou six francs sur lui au moment où sa femme allait accoucher. C'était la misère, mais il était en somme plus riche encore que le médecin que lui envoyait le service de nuit !...

Sa femme était une femme de trente-deux ans. Il la caractérise lui-même en disant que c'était une petite boulotte qui n'était jamais malade. L'autopsie a constaté que c'était une femme de petite taille, bien constituée. Elle avait déjà fait cinq accouchements et quatre fois le forceps avait dû être employé... heureusement employé, car le malheureux Fresquet est aujourd'hui veuf, mais père de quatre enfants vivants.

Ce qui avait nécessité cet emploi fréquent du forceps, c'est que le bassin de cette femme était légèrement rétréci; la mensuration donnée par le médecin légiste dit que le bassin était de 9 centimètres et demi, tandis que, je crois, la proportion normale est de 11 centimètres.

LAPORTE. — Une fois, l'accouchement a eu lieu sans forceps.

M. LE PRÉSIDENT. — Oui, une fois sur cinq; son dernier accouchement avait eu lieu deux ans auparavant; elle avait été accouchée par les deux témoins dont nous trouvons les noms dans l'instruction et dont l'un a été mêlé à l'affaire actuelle, elle avait été accouchée par la demoiselle Maitrepierre, la sage-femme inscrite au bureau de bienfaisance, et par le Dr Ballouhey qui, il y a deux ans, avait été plus heureux que vous, puisqu'il avait réussi à mettre au monde un petit garçon qui est encore vivant aujourd'hui, et le sieur Fresquet, par reconnaissance, par souvenir de l'opération utilement conduite par le Dr Ballouhey, avait demandé, le 11 septembre, quand il est allé au poste, qu'on lui envoyât le même docteur. Malheureusement pour vous et peut-être pour la femme, le Dr Ballouhey n'avait pu être requis à cause du roulement, n'étant pas de service de nuit, et c'est à vous qu'on s'est adressé.

La sage-femme du bureau de bienfaisance, M^{me} Maitrepierre, avait été appelée dès la veille, vendredi, 10, quand les douleurs de l'accouchement avaient commencé; je crois qu'elle a passé la nuit du 10 au 11; en tout cas, à 8 heures du matin, elle s'était retirée, conseillant l'entrée à l'hôpital, et le samedi 11, elle avait été mandée à nouveau à 8 heures du soir. Elle apprend en arrivant que la poche des eaux s'était rompue vers quatre heures de l'après-midi.

LAPORTE. — J'avais compris la veille, moi.

M. LE PRÉSIDENT. — Non, dans l'après-midi du 11. C'est justement quand la poche se fut rompue qu'on a appelé la sage-femme.

Quand elle est arrivée, à 8 heures, elle n'a pas eu d'hésitation. D'abord elle était instruite par l'accouchement antérieur, et elle a diagnostiqué immédiatement un accouchement difficile : présentation du sommet, la tête fixée au détroit supérieur du bassin.

Comme la loi lui en imposait le devoir, elle a demandé l'assistance d'un médecin pour l'application qu'elle prévoyait nécessaire du forceps.

La femme Fresquet avait déclaré à son mari sa volonté formelle de ne pas être transportée à l'hôpital et d'accoucher chez elle. Vous avez eu à en tenir compte.

LAPORTE. — Parfaitement !

M. LE PRÉSIDENT. — Il était huit heures quand la sage-femme a indiqué la nécessité d'appeler un médecin.

Malheureusement (c'est encore là un triste détail qu'on apprend lorsqu'on pénètre dans ces quartiers pauvres et dans ces intérieurs de pauvres gens) la réglementation du service de nuit, du 1^{er} avril au 30 septembre, ne permet l'appel d'un médecin du service médical gratuit qu'à 11 heures du soir...

LAPORTE. — Vous confondez ! à partir du mois de septembre, pendant la période d'été, c'est à 10 heures ; pendant la période d'hiver, c'est à 11 heures.

M. LE PRÉSIDENT. — Du 1^{er} avril au 30 septembre, c'est-à-dire pendant la période d'été, dans laquelle on se trouve le 11 septembre, on ne peut requérir l'assistance d'un médecin de nuit qu'à partir de 11 heures du soir ; c'est pour cela que vous êtes arrivé à 11 heures et demie.

M. LE CONSEILLER RAPPORTEUR. — 10 heures du 1^{er} octobre au 31 mars et 11 heures du 1^{er} avril au 30 septembre.

M. LE PRÉSIDENT. — Eh bien, le 11 septembre, on est encore dans la période où le malheureux Fresquet est obligé d'attendre 11 heures. Cela a un intérêt précisément au point de vue de l'arrivée tardive du médecin.

C'est ainsi que Fresquet attend depuis huit heures jusqu'à onze heures du soir pour aller demander ce médecin du service de nuit qui touche 20 francs quand il délivre la femme et qui ne touche que 5 francs quand la délivrance n'a pas lieu. Je dois dire que le règlement du service de nuit, qui est au dossier, ne prévoit pas l'appel d'un second médecin. Il paraît cependant que parfois un second médecin a été appelé et qu'il a touché les 20 francs, le

premier médecin ne touchant alors que le prix d'une visite ordinaire; mais en principe, dans son texte, le règlement ne prévoit pas l'appel de ce second médecin.

Bref, c'est dans ces conditions que vous êtes arrivé près de la parturiente. Quelle heure était-il quand vous êtes arrivé?

LAPORTE. — J'ai surtout su l'heure d'après ce qu'on a dit; il paraît que c'était vers onze heures et demie.

M. LE PRÉSIDENT. — Nous allons d'abord, si vous le voulez bien, préciser par vos réponses les faits extérieurs, les circonstances matérielles, avant de provoquer vos explications sur les questions soulevées par le débat.

Vous arrivez. Il est onze heures et demie. Vous interrogez de suite la sage-femme. Que vous dit-elle?

LAPORTE. — Je n'interroge pas la sage-femme, car de suite elle me dit : « On vous appelle pour appliquer les forceps »; mais enfin, j'ai demandé des renseignements, j'ai demandé depuis combien de temps elle était en douleur et je l'ai examinée moi-même. La première chose qui m'a frappé, c'est que, rien que le fait de souffrir depuis la veille et de la laisser sans médecin, j'ai trouvé cela très imprudent... J'ai constaté aussi la procidence du cordon. J'ai dit très froidement : « Pourquoi n'avez-vous pas déjà fait venir un médecin? » On m'a répondu : « Elle ne veut pas aller à l'hôpital et nous ne pouvons pas payer; il a fallu que nous attendions le service de nuit. »

M. LE PRÉSIDENT. — Vous constatez de suite comme la sage-femme la présentation du sommet et que la tête est fixée au détroit supérieur du bassin. Alors, vous vous occupez, avec la sage-femme, de chercher par l'auscultation à reconnaître si l'enfant est encore en vie.

LAPORTE. — Je faisais cela par simple formalité, parce que j'étais sûr qu'il était mort.

M. LE PRÉSIDENT. — Malgré cela, la sage-femme vous a dit que, quelque temps auparavant, elle avait senti un mouvement de l'enfant. En réalité, c'est qu'au moment de l'opération, l'enfant était mort; vous l'avez dit, vous l'avez cru, l'autopsie l'a constaté. Vous avez même ajouté que, l'enfant eût-il été vivant...

LAPORTE. — Théoriquement, on a le droit de le faire.

M. LE PRÉSIDENT. — Enfin, il n'est pas douteux qu'au moment de l'opération, cet enfant qui se présentait par le sommet était mort; le rapport du reste le dit, étant donné que le cordon faisait procidence depuis plusieurs heures.

Vous vous décidez d'abord à employer le forceps. Pour cela, vous pensez à chloroformer la femme. Vous avez envoyé le mari

chercher 60 grammes de chloroforme. Dites vous-même ce que vous avez fait à ce moment-là ?

LAPORTE. — J'ai procédé à la chloroformisation. Puis, j'ai expliqué à la sage-femme la manière dont il faut procéder et j'ai surveillé moi-même... Par conséquent, j'ai été étonné qu'on me fit le reproche d'avoir employé le chloroforme...

M. LE PRÉSIDENT. — On n'en parle plus. Passons donc sur l'application du chloroforme.

Vous avez fait d'abord trois applications infructueuses du forceps. Je dis tout de suite que votre forceps Levret était neuf, qu'il était en parfait état et que les témoins ont eu bien tort de dire qu'il n'était pas en bon état, que même le fameux témoin, la femme Houbert a eu tort de dire que la vis ne fonctionnait pas... Je ne sais même pas si l'on peut appeler cela une vis.

LAPORTE. — Ceci démontre l'ignorance des témoins. C'est justement la même personne qui prétend qu'elle a vu beaucoup d'accouchements : elle fait voir qu'elle n'a jamais vu de forceps.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous appliquez trois fois le forceps. La sage-femme l'avait trempé dans l'eau bouillante.

LAPORTE. — C'est moi-même qui l'ai plongé dans un bassin rempli d'eau bouillante.

M. LE PRÉSIDENT. — Je vous dis tout de suite que nous ne parlerons pas de la question débattue de savoir si les instruments ont été ou non aseptisés, elle n'a pas d'intérêt dans l'affaire, puisque ce défaut de soins n'a été ni directement, ni indirectement une des causes reconnues de la mort de la femme Fresquet. Il est certain seulement que votre forceps n'a pu être aseptisé par le fait qu'on l'a plongé dans l'eau bouillante ; il n'y avait aucun produit antiseptique à la maison, aucun antiseptique n'a été demandé et le mari a déclaré qu'il n'aurait pas refusé d'en aller acheter.

Du reste, si j'en juge par ces notes, que j'ai voulu lire afin de vous connaître par vos écrits, vous n'êtes pas un partisan fanatique de l'antisepsie, car il y a une note de votre main intitulée : « Des inconvénients de l'antisepsie ».

Il est certain que la mort n'a été ni directement ni indirectement causée par le défaut d'asepsie des instruments, car, dans la lettre de M. le docteur Tarnier, qu'on rappelait tout à l'heure, à la troisième des questions que vous lui posiez et qui était ainsi conçue : « Cette blessure, même produite par des instruments aseptiques peut-elle entraîner ultérieurement une péritonite localisée ? », il a répondu : « Oui ». Et, même d'après les experts, qui ont relevé avec soin ce défaut d'aseptisation des instruments, la cause de la mort ne peut pas être cherchée dans ce défaut.

Vous aviez procédé à trois applications infructueuses du forceps, n'est-ce pas ?

LAPORTE. — Sans succès.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous étiez troublé après ces trois applications infructueuses du forceps ?... La sage-femme dit : « Assez ému de ces trois tentatives infructueuses, Laporte m'a dit : « Il n'y a « plus qu'à perforer le crâne de l'enfant, il doit être mort depuis « longtemps... » C'est exact, n'est-ce pas ?

LAPORTE. — Parfaitement.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous avez même dit, paraît-il, en sortant : « C'est heureux que l'enfant fût mort, mais je vous le déclare, eût-il été vivant, je n'aurais pas moins tenté l'opération ».

LAPORTE. — J'exprimais justement mes doutes à cet égard. J'ai dit : « S'il avait été vivant, j'aurais néanmoins employé la craniotomie ». Dès l'instant où j'ai pris la résolution de faire la craniotomie, j'étais sûr de moi... Ce qui m'a troublé, c'est l'insuccès du forceps.

M. LE PRÉSIDENT. — Pour vous, l'enfant était mort, vous pensiez qu'il n'y avait pas mieux à faire.

La craniotomie est une opération qui consiste à perforer le crâne, pour donner écoulement à la substance cérébrale, dans le but de diminuer le volume de la tête et de faciliter ainsi son passage à travers le bassin.

Vous vous trouvez en présence d'une tête qui se trouve fixée au détroit supérieur : le forceps même ne réussit pas à amener l'enfant, et sachant que l'enfant est mort, vous cherchez à lui ouvrir le crâne, pour réduire la dimension de la tête et pouvoir le sortir... C'est bien l'opération à laquelle vous vous êtes résolu ?

LAPORTE. — Oui.

M. LE PRÉSIDENT. — Avec quel instrument avez-vous à ce moment tenté la craniotomie ?

LAPORTE. — Je crois que c'est avec la pointe de mon forceps. (*Laporte dévisse l'extrémité de la branche du forceps qui lui est présentée et met à nu la pointe qu'il fait voir à la Cour*) ... Cette partie, dit-il, est un peu courte et très incommode, parce qu'on est obligé de perdre la pointe de vue. (*Montrant la poignée*) ... Je me disais : Si je continue, en tournant, cette partie va mutiler le vagin.

M. LE PRÉSIDENT. — A combien de centimètres était la tête ?

LAPORTE. — C'est assez difficile à dire... A peu près 13 centimètres.

M. LE PRÉSIDENT. — Je croyais avoir vu 11 ou 12 centimètres.

LAPORTE. — La tête est sphérique ; si je mesure sur le pôle correspondant au centre du bassin, la distance peut être mi-

nime, mais si je mesure à la tangente, elle est plus grande.

M. LE PRÉSIDENT. — Quel trajet, en centimètres, pour atteindre la tête?

LAPORTE. — De 10 à 12 centimètres.

M. LE PRÉSIDENT. — Ainsi, cet instrument, le seul que vous eussiez à votre disposition, puisque vous n'aviez apporté que votre forceps, vous avez trouvé qu'il ne suffisait pas. Qu'avez-vous fait alors?

LAPORTE. — J'ai demandé un instrument analogue à celui-ci, mais qui pût atteindre plus profondément.

M. LE PRÉSIDENT. — Alors Fresquet vous a apporté une boîte d'outils?

LAPORTE. — Il m'a montré une aiguille que j'ai trouvée pouvant servir.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous avez pris cette aiguille qui était de nature, d'après vous, à atteindre justement le but que vous vous proposiez?

LAPORTE. — Elle n'avait de défaut que sa courbure.

M. LE PRÉSIDENT. — Et de pouvoir tourner dans la main, car elle est mince et légère!...

Un peu après, vous vous êtes servi d'un ciseau à froid et d'un marteau?

LAPORTE. — C'était pour faire une sorte de cranioclasie. J'y ai renoncé.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous avez introduit cette aiguille dans le vagin et vous avez cherché à atteindre dans le crâne de l'enfant ce qu'on appelle la fontanelle, c'est-à-dire l'endroit mou entre les deux sutures du crâne.

LAPORTE. — On peut également s'attaquer aux os. On commence par atteindre la partie la plus accessible qui peut très bien se trouver être la partie la plus dure. C'est ce que j'ai fait.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous avez dit que vous aviez cherché d'abord à atteindre les fontanelles.

LAPORTE. — Au bout de deux ou trois tentatives... On cherche toujours à atteindre les fontanelles, mais on fait ce qu'on peut; la question est de briser le crâne par quelque moyen que ce soit... On emploie en Allemagne des cranioclastes avec lesquels on fait l'écrasement d'un seul coup.

M. LE PRÉSIDENT. — En réalité, vous avez abouti à ce que vous cherchiez à faire : armé de cette aiguille à matelas, vous avez atteint le crâne et vous avez réussi à le percer. En effet, l'autopsie a constaté qu'il y avait sur la tête de l'enfant plusieurs piqûres superficielles de 5 millimètres de diamètre.

LAPORTE. — On a pu constater des piqûres sur le cuir chevelu.

M. LE PRÉSIDENT. — Puis vous avez réussi à fracturer le pariétal droit.

LAPORTE. — C'est probablement en pressant avec le forceps... Personne ne pourrait le dire, mais je le crois.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous avez dit : « C'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne. » Les médecins, dans leur rapport, constatent : « Il paraît avéré que c'est avec la pointe de l'instrument que le pariétal droit a été perforé... »

LAPORTE. — C'est très possible... Mais c'est avec le forceps que j'ai fait la fracture.

M. LE PRÉSIDENT. — Je rappelle cela parce que c'est intéressant.

A l'aide de cette aiguille, vous n'avez fait au crâne qu'une très petite ouverture, l'écoulement de la substance cérébrale a été minime et certainement la diminution du volume de cette tête qui devait sortir du bassin pour délivrer la femme était peu notable. C'est à ce moment que vous avez dit : « Ça ne peut plus aller comme cela ; cet enfant a la tête trop dure ». Et c'est alors que vous avez pris le ciseau à froid, sur lequel vous avez tapoté avec le marteau. Mais, la femme Houbert et le mari, croyant assister à une scène qu'ils ont qualifiée de boucherie, le mari vous a arraché le ciseau, la femme le marteau. A ce moment, la femme Fresquet se dégageant de l'influence du chloroforme, une contraction a fait apparaître la tête de l'enfant.

LAPORTE. — C'est moi-même qui ai dit de cesser le chloroforme.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous avez alors tenté une quatrième application du forceps et vous avez réussi à amener l'enfant.

Vous aviez parlé d'une hémorragie possible et la sage-femme a insisté pour que vous fassiez vous-même la délivrance.

Puis, ayant accompli le devoir, le service médical pour lequel vous aviez été appelé, vous êtes reparti chez vous. Vous-même avez dit que vous étiez rentré convaincu d'avoir réussi une opération difficile.

Vous étiez encore sous cette impression quand, dans votre premier interrogatoire, vous avez répondu au juge d'instruction : « J'ai réussi l'opération que j'avais tentée ».

L'opération vous paraissait avoir été réussie ; malheureusement les suites en ont été mortelles pour la femme. Trente-six heures après l'opération, la femme Fresquet n'avait pas encore uriné. Le lendemain, la sage-femme constate que le ventre est ballonné et

douloureux. Elle pratique un sondage. Elle fait venir quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide.

On transporte la femme Fresquet à l'hôpital le 13; elle succombe le 14 à 8 heures du matin, un peu moins de trois jours après l'opération.

Première question? Quelles sont les causes de la mort de la femme Fresquet? Je crois que là-dessus, vous ne discutez pas et qu'il n'y a aucun doute?

LAPORTE. — La cause est difficile à définir, puisque la péritonite était très peu localisée et que la mort est survenue très vite. La cause de la mort, pour moi, est impossible à connaître.

M. LE PRÉSIDENT. — Il semble qu'on l'a trouvée.

LAPORTE (*nerveux*). — La cause de la mort!... C'est tout simple, on fait venir un médecin et la cause de la mort, c'est le médecin. Médicalement, je ne la connais pas, la cause de la mort, je ne sais pas si j'y suis pour quelque chose. Si j'y étais pour quelque chose, j'en serais bien attristé.

M. HENRI ROBERT. — Écoutez, Laporte! calmez-vous un peu, écoutez les questions de M. le Président et ne parlez pas tout le temps!

M. LE PRÉSIDENT. — Je sais que vous êtes nerveux. Je cherche à ne pas provoquer de votre part une émotion toute naturelle... Je vous pose une question qui, je crois, n'est pas discutée dans l'affaire: la cause de la mort de la femme Fresquet, vous l'avez vue vous-même à la Morgue.

LAPORTE. — Si on lui avait fait la laparotomie, si on lui avait suturé la vessie, elle ne serait pas morte. Ce n'est pas une blessure mortelle, c'est une blessure dont on peut guérir par la laparotomie et la suture de la vessie.

M. LE PRÉSIDENT. — Il me paraissait qu'aucun doute ne pouvait être soulevé sur la cause de la mort!

Quelquefois, les médecins ne savent pas pourquoi la mort est survenue; ils n'en trouvent la cause; malheureusement, d'une façon certaine, qu'après l'autopsie... Je crois que je ne vous pose pas de question de nature à vous troubler. On fait l'autopsie de la femme Fresquet; elle révèle quoi? Deux perforations de la vessie, une perforation de la face postérieure de cet organe, communiquant avec une perforation du col de l'utérus, c'est la lésion qu'on appelle perforation vésico-utérine; l'autre perforation, occupant la face latérale droite, communique avec le péritoine, c'est celle qu'on appelle vésico-péritonéale. Par cette perforation, les urines s'écoulent directement dans le péritoine. Alors, le médecin qui fait l'autopsie constate dans la région de la fosse iliaque droite un épanchement de liquide sanieux, exhalant une odeur fétide,

et il conclut : « La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite consécutive à cette double perforation de la vessie ».

J'ajoute que si vous ne voulez pas adhérer aux constatations de l'autopsie faite par le docteur Socquet, vous ne pouvez refuser crédit à la consultation que vous avez demandée à celui dont nous regrettons tous aujourd'hui la disparition, le docteur Tarnier. Vous lui avez posé cette question : « Une pareille perforation entraîne-t-elle presque toujours la mort ? » Et il a répondu : « Oui. »

Par conséquent, je crois que je ne disais rien qui fût de nature à être contesté quand je vous disais que la cause de la mort de la femme Fresquet était due à cette double perforation.

LAPORTE. — Elle est morte du défaut de soins, par la suite. On ne lui a pas fait d'injections intra-utérines. A Tenon, on lui a fait des injections d'eau bouillie seulement.

M. LE PRÉSIDENT. — Bien ou mal soignée, elle est morte, et l'autopsie nous révèle la cause de sa mort, à savoir les deux perforations, dont l'une, d'après le docteur Tarnier, est presque nécessairement mortelle.

Pour que je puisse utilement continuer l'interrogatoire et provoquer vos réponses sur les questions plus intéressantes et plus délicates que nous avons à trancher, il faut que vous vouliez bien admettre que la cause de la mort de la femme Fresquet était la double perforation constatée à l'autopsie. Alors, nous nous trouvons en présence de deux questions sur lesquelles j'appelle votre attention et sur lesquelles je provoque vos réponses.

La première est une question de fait : ces lésions, à supposer qu'elles soient la cause nécessaire de la mort de la dame Fresquet, ont-elles été causées par vous, l'opérateur ?

Puis, si nous admettons encore, pour les nécessités de votre interrogatoire, mais réservant vos droits de défense, que c'est vous, l'opérateur, qui avez causé ces lésions, nous avons une autre question plus haute, celle-là, digne, à coup sûr, de toute l'attention de la Cour, à raison des questions de justice et d'humanité qu'elle soulève, à savoir : les circonstances dans lesquelles vous, l'opérateur, Laporte, avez causé ces lésions mortelles, engagent-elles votre responsabilité pénale ?

Mais, avant d'examiner la seconde question, il faut d'abord que nous examinions la première. Êtes-vous l'auteur des lésions ? Je vous pose cette question en vous rappelant qu'il faut répondre vous-même. Je suis tout prêt à vous donner toutes les facilités dont vous avez besoin pour répondre.

M. le professeur Pinard, qui connaît bien la volonté qu'ont les

magistrats d'arriver à la vérité impartiale, au milieu des discussions passionnées qui pourraient quelquefois troubler leur jugement, dans une leçon qu'on a eu le soin de nous faire parvenir avec cette épigraphe : « *Erudimini qui judicatis* », a dit : « On montre à Laporte la perforation utéro-vésicale; il se trouble et balbutie, et, en somme, ne peut répondre; eh bien, messieurs, je viens répondre pour lui. »

Eh bien, croyez-moi, Laporte, il est plus utile pour vous de répondre vous-même ; pour nous, magistrats, c'est plus conforme à nos habitudes de recherche de la vérité dans le débat judiciaire. Vous êtes troublé, remettez-vous, dominez vos nerfs... Vous avez interjeté appel; vous êtes devant nous, nous sommes réunis pour vous entendre et pour vous juger par vous-même et sur vous-même. Par conséquent, veuillez chercher à répondre par vous-même.

Je vous rappelle la première question que je vous ai posée : ces lésions constatées à l'autopsie ont-elles été causées par vous au cours de cette opération de la craniotomie que vous venez de nous indiquer. Que répondez-vous ?

LAPORTE. — Il m'est impossible de répondre; vous devez le comprendre. Aucun opérateur ne peut savoir si, dans les profondeurs du ventre, il fait telle ou telle chose. Je ne peux pas savoir si c'est moi qui, en opérant... Autant demander à celui qui fait des sondages dans l'Océan si c'est lui qui a décroché cette branche de corail qu'un autre sondage a ramenée. Je fais une opération dans l'ombre, ensuite on fait l'autopsie à ciel ouvert. Assurément, à ciel ouvert, on voit tout; moi, je ne voyais rien.

M. LE PRÉSIDENT. — Je ne dis pas que vous avez vu; je dis : « Aujourd'hui que vous connaissez l'autopsie, que vous connaissez les constatations des médecins... »

LAPORTE (*interrompant*). — Si quelqu'un pouvait me dire si c'est moi ou si c'est spontané, j'en serais très content pour ma conscience médicale. Moi, je n'ai pas d'opinion à cet égard.

M. LE PRÉSIDENT. — Voici ce que vous dites : « Je vois les deux perforations, elles existent... »

LAPORTE. — Je les ai très peu vues. M. Socquet les a indiquées très légèrement. Je n'ai pas pu les examiner.

M. LE PRÉSIDENT. — Elles existent.

LAPORTE. — Oui, mais leur description a été très imparfaite. On a insisté sur la forme linéaire, tandis que ce qui m'a frappé, c'est la forme circulaire, semblable à des ulcérations... J'ai à peine pu examiner les pièces; M. Socquet ne les a peut-être pas examinées davantage.

M. LE PRÉSIDENT. — Il est certain que les perforations existent, que vous les avez vues et qu'elles ont été constatées dans les conditions que je vous rappelle. Dans le procès-verbal d'autopsie, je lis ceci : « Lorsque la vessie a été ouverte, nous avons très nettement constaté sur la face interne la présence de deux perforations... »

LAPORTE. — C'est une affirmation que tout le monde peut faire, mais on peut affirmer le contraire.

M. LE PRÉSIDENT. — Ainsi, le docteur Socquet voit deux perforations de la vessie, et, d'après lui, elles ont pu être faites avec un instrument tel que l'aiguille à matelas.

Le docteur Maygrier, de son côté, a dit dans sa déposition : « Il a pu arriver à perforer le pariétal droit et à pénétrer dans la cavité crânienne, ainsi que l'a démontré l'examen de la tête de l'enfant, mais il paraît avoir aussi, dans ses différentes tentatives de perforation du crâne, produit des lésions de l'utérus et de la vessie, lésions découvertes à l'autopsie et évidentes. Sur les pièces enlevées, utérus et vessie, qui ont été conservées, ces lésions consistent en deux perforations. Ces perforations, situées à la même hauteur, en regard l'une de l'autre, paraissent avoir été causées par un instrument piquant élargi à sa pointe, probablement l'aiguille... »

LAPORTE. — Il est facile de répondre à cela. Moi, je ne peux pas me baser sur d'autres choses, car je ne sais pas ce que j'ai fait dans l'intérieur du ventre. Je ne peux que faire les raisonnements que tout le monde pourrait faire. D'abord, en thèse générale, je veux dire que ces perforations, prises séparément l'une et l'autre, ont été faites par un instrument. Tout le monde peut l'affirmer, cela n'a pas été vu. Maintenant, le fait même de dire qu'elles sont à peu près de la même grandeur et à la même hauteur, on ne peut pas le dire... Il est impossible de dire que cela a été fait par moi... On dit par un instrument ! Mais il s'agit d'une opération ; est-ce que, dans l'opération que j'ai faite chez une femme enceinte, je pouvais faire cette perforation en biais ? C'est impossible.

M. LE PRÉSIDENT. — Les experts disent : « L'examen, après l'autopsie de la vessie, constate deux perforations situées à la même hauteur, en regard l'une de l'autre... »

LAPORTE. — Si c'est exactement à la même hauteur, c'est impossible...

M. LE PRÉSIDENT. — Les experts ont dit qu'à l'inspection de ces lésions linéaires, à bords nets, infiltrés de sang, on reconnaissait tous les caractères des lésions traumatiques. D'ailleurs, Laporte, il faut reconnaître qu'à la première heure, le point que nous examinons en ce moment (je ne parle pas de la responsabilité) au

point de vue des constatations matérielles que je vous rappelle, à savoir les lésions et la nécessité qu'elles aient été commises par vous au cours de l'opération, vous n'aviez pas méconnu tout cela ! Naturellement, au moment de l'opération, vous n'avez pas pu voir, mais l'examen de la vessie...

LAPORTE. — J'étais dans le même état qu'en ce moment... J'étais d'abord dépossédé de mon jugement, de mon intelligence... J'ai dit : « Il y a une coïncidence, on me montre des lésions, c'est moi qui les ai faites... » Ensuite j'ai réfléchi et je dis : « Il n'est pas nécessaire, parce qu'il y a des lésions, que ce soit moi qui les aient faites ! »

M. LE PRÉSIDENT. — Le 20 septembre, quand pour la première fois vous êtes appelé, que vous venez d'assister à l'autopsie, voici ce que vous avez dit... Vous êtes médecin, vous êtes compétent ; nous avons reconnu tout à l'heure que vous étiez un médecin instruit ; vous êtes en présence du médecin qui a procédé à l'autopsie ; vous avez assisté vous même à cette autopsie ; vous êtes dans les meilleures conditions pour faire des objections ; eh bien, voici ce que vous dites : « Je reconnais que la vessie a été perforée au cours de mon opération. »

LAPORTE. — J'ai eu grand tort de le dire, je regrette de l'avoir dit.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous ajoutiez : « Mais ce qui a pu m'arriver est sans doute arrivé à d'autres médecins qu'à moi... Au cours des deux autopsies auxquelles je viens d'assister, je n'ai soulevé aucune objection sur les constatations faites par le Dr Socquet. Je n'en ai pas davantage à soulever maintenant, car je reconnais la matérialité des faits. »

LAPORTE. — La matérialité des perforations !

M. LE PRÉSIDENT. — Par conséquent, le fait que les perforations ont dû, au cours de votre opération, être causées par l'aiguille !

LAPORTE. — Les perforations traumatiques sont moins connues que les perforations spontanées...

M. LE PRÉSIDENT. — Remarquez que l'autopsie a été contradictoire!... Quatre jours après, lorsque vous êtes confronté avec la sage-femme, vous dites : « Je crois que c'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne. Mais je n'ai pas mis le doigt pour le vérifier.

J'ai le souvenir d'être allé à un moment donné un peu loin avec mon aiguille, mais je ne me suis jamais rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré. C'est alors que j'ai abandonné l'aiguille et que je me suis servi du ciseau à froid... Mais je n'ai jamais cru avoir atteint la vessie. »

LAPORTE. — C'était à peu près vrai, bien que j'ai eu tort de dire que j'avais cru aller trop loin.

M. LE PRÉSIDENT. — Je vois avec plaisir que, dans l'audience plus calme de la Cour, vous avez une défense plus utile, car en première instance, vous avez dit : « Le juge d'instruction m'a arraché cette réponse. » Il est certain qu'à l'interrogatoire définitif, vous avez dit : « J'ai pu manquer de sang-froid et d'adresse, mais je ne crois pas avoir manqué aux règles de l'art », et que, lorsque vous vous êtes trouvé en présence de questions trop pressantes vous avez simplement répondu : « Pour répondre je préfère attendre l'audience. » Par conséquent, quand une de vos réponses est constatée, elle est certainement celle que vous avez faite. Eh bien, je vous rappelle que, par trois fois successives, dans l'instruction, vous avez reconnu la matérialité des perforations et ce fait que c'était avec l'aiguille que vous aviez en main que vous aviez causé ces lésions.

Tenez ! il y a dans le dossier un document émanant de vous, qui ne permet pas de douter qu'à ce moment au moins vous étiez bien convaincu que c'était au cours de l'opération que vous aviez causé la blessure, car, lorsque vous avez consulté le docteur Tarnier, vous lui avez posé cette question : Cette blessure, même produite par des instruments absolument aseptiques, peut-elle entraîner ultérieurement une péritonite localisée ? »

LAPORTE. — C'est pour répondre à l'accusation que j'ai posé cette question.

M. LE PRÉSIDENT. — Si vous recherchiez si cette blessure même produite par des instruments aseptiques pouvait entraîner une péritonite, la réponse ne pouvait servir à votre défense que si c'était vous qui aviez causé la blessure avec un instrument, aseptique ou non.

LAPORTE. — Le fait de poser cette question ne faisait pas que je reconnaisais...

M. LE PRÉSIDENT. — Pour contester cette matérialité des faits que vous aviez reconnue à la première heure, on a soulevé deux objections. Il y en a une première (je me demande s'il est nécessaire que je l'examine), c'est celle qui a consisté à dire que ces lésions auraient pu être produites à l'autopsie par le scalpel du médecin légiste...

LAPORTE. — M. Socquet a été rapide, il a pu les agrandir, les modifier, c'est possible, mais il n'a pas pu les faire... C'est un fait d'observation et j'étais là...

M. LE PRÉSIDENT. — Vous étiez là et vous savez parfaitement distinguer les lésions faites sur un être vivant de celles faites sur

un cadavre, surtout quand l'autopsie est du 20 septembre et la mort du 14. Par conséquent, n'en parlons plus.

On a dit aussi et vous dites que ces perforations peuvent être de nature spontanée. Spontanées, cela voudrait dire que ces lésions auraient été produites naturellement dans le long travail d'enfantement de la femme Fresquet. Elles auraient pu se produire, si j'ai bien compris de deux façons : ou par la compression par la tête dans un bassin rétréci ou en raison de ce que le bassin aurait été épineux, c'est-à-dire pourvu d'aspérités, d'épines ou aiguilles osseuses.

LAPORTE. — Sur cette question, j'ai tout avantage à me ranger derrière ceux qui ont plus d'expérience que moi.

M. LE PRÉSIDENT. — Elles auraient pu se produire soit par la compression de la tête fixée au détroit supérieur du bassin légèrement rétréci, compression qui aurait pu produire une déchirure... C'est bien cela, n'est-ce pas ?

LAPORTE. — Comme c'est une chose assez rare, j'aurais immédiatement songé...

M. LE PRÉSIDENT. — C'est bien cela que vous voulez dire : ces lésions peuvent avoir été produites par une pression de la tête fœtale sur la paroi de l'utérus et sur la vessie... ?

LAPORTE. — Une déchirure !

M. LE PRÉSIDENT. — Ou bien par un bassin épineux ayant des aspérités et sur lequel la tête serait violemment projetée par la contraction qui viendrait ainsi perforer les organes... Voilà bien les deux ordres d'idées ?

LAPORTE. — Ce ne sont pas des idées, ce sont des faits. On connaît les perforations spontanées...

M. LE PRÉSIDENT. — Ce sont ces deux ordres de faits que vous opposez, que vous mettez en avant?... Eh bien, je ne puis que vous rappeler cette note que M. le Dr Maygrier a fait parvenir à M. le Président à la suite des débats d'audience : « Ces lésions sont linéaires et verticales, ont des bords absolument nets », ce qui veut dire, dans la pensée du Dr Maygrier, que si les lésions provenaient d'une rupture spontanée, elles présenteraient des bords frangés.

LAPORTE. — Pardon ! j'ai vu ces lésions, elles ne m'ont pas semblé avoir des bords nets.

M. LE PRÉSIDENT. — Enfin, c'est ce que dit l'expert ! il ajoute : « Leur caractère anatomique et surtout le siège de la seconde, qui n'a aucun rapport avec l'utérus ne permettent pas de les considérer comme des ruptures utéro-vaginales spontanées, ainsi qu'essaie de le démontrer M. Pinard. » Il a émis d'autre part

l'hypothèse que ces lésions pourraient avoir été produites par des aiguilles osseuses du bassin. Cette assertion tombe d'elle-même par ce fait qu'aucune perforation de la vessie n'est en rapport avec la paroi osseuse du bassin, qui ne présente pas d'ailleurs de ces saillies osseuses anormales. »

Qu'avez-vous à répondre à cette note de M. le Dr Maygrier?

LAPORTE. — Je dirai qu'entre M. Maygrier et M. le professeur Pinard, il y a à choisir, et par conséquent c'est à mon avantage... D'ailleurs, M. Maygrier n'a pas vu les pièces, il n'assistait pas à l'autopsie.

M. LE PRÉSIDENT. — Il a vu la vessie et il affirme : 1° qu'il y a des perforations ; 2° qu'elles sont traumatiques et qu'elles ont pu être causées par un instrument piquant tel l'aiguille, au cours de l'opération.

LAPORTE. — Je ne sais pas ce que j'ai pu faire dans les profondeurs des organes génitaux de la femme. Je n'ai pas d'autre argument que ceux qui m'accusent ou qui me défendent. Je ne puis m'appuyer que sur le raisonnement. Eh bien, on connaît les perforations spontanées, qui sont une chose classique, qui sont décrites dans les livres, il y a des gravures. Au contraire, les perforations traumatiques sont inconnues. On trouve dans les perforations constatées des caractères qui sont particuliers aux perforations spontanées ; il y a donc des chances pour qu'elles en soient.

M. LE PRÉSIDENT. — Maintenant, docteur, voulez-vous admettre que la cause de la mort a été celle que je vous ai rappelée et que c'est la perforation par l'aiguille qui a causé la mort de la dame Fresquet, nous nous trouvons en présence de la question de savoir si la responsabilité de l'opérateur est engagée par ce fait que je suis obligé à l'heure actuelle de tenir pour constant, à savoir que vous auriez produit ces lésions mortelles au cours de l'opération... Et laissez-moi vous dire que c'est là la vraie, la grande question du procès, celle qui pose devant les magistrats, la question de responsabilité pénale ou civile des médecins en raison des traitements qu'ils ont prescrits ou des opérations auxquelles ils ont procédé.

Comme je le rappelais tout à l'heure, à la première heure, au lieu de nier que vous étiez l'auteur des lésions, vous placiez votre défense sur le terrain que vous aviez vous-même indiqué, ce qui était plus utile ; vous disiez : « Je reconnais que la vessie a été perforée au cours de l'opération, mais (disiez-vous tout de suite) « ce qui m'est arrivé a pu arriver à bien d'autres médecins qu'à moi ». Dans votre interrogatoire définitif, vous aviez encore le même système de défense : « j'ai pu manquer de sang-froid et

d'adresse, mais je ne crois pas avoir manqué aux règles de l'art. » Et dans leur rapport (il faut y revenir parce que c'est le document capital de l'affaire) le Dr Maygrier et le Dr Socquet disaient : « Nous devons cependant reconnaître que les lésions produites par Laporte, lésions dont il existe d'ailleurs d'autres exemples dans la science, étaient difficiles à éviter avec un pareil instrument, surtout entre les mains d'un opérateur qui, de son propre aveu, pratiquait pour la première fois la craniotomie », et à l'audience, le Dr Maygrier a dit : « le Dr Laporte n'avait qu'un instrument défectueux qui pouvait faire des échappées, même entre des mains plus habiles. »

Vous avez donc à pratiquer l'opération de la craniotomie; vous êtes en présence d'une nécessité. La craniotomie est une opération difficile, rare, car, dans une statistique, citée par le professeur Charpentier, on constate qu'on l'a appliquée 400 fois sur 470 000 accouchements, ce qui fait environ 1 p. 1100.

Ce qui est capital, ce qu'il importe avant tout de mettre en lumière pour apprécier équitablement votre responsabilité de médecin, si vous avez causé la mort au cours de cette opération redoutable plus encore pour vous qui la pratiquiez pour la première fois, c'est que votre recours à cette opération est hautement approuvé par les experts. Vous avez dit tout à l'heure que, après trois applications infructueuses du forceps, vous aviez eu recours à la craniotomie : les experts vous approuvent. Voici en effet ce que dit leur rapport :

« Dans ces conditions, l'éventualité d'un accouchement spontané devenait très problématique, la femme Fresquet ayant d'ailleurs dû subir à plusieurs accouchements antérieurs, des applications de forceps. La longueur du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement. La femme Fresquet désirant faire ses couches chez elle, et l'assistance d'un médecin de nuit ayant été requise, Laporte, appelé comme tel, n'a pas hésité à accepter la mission pénible de délivrer cette femme chez elle, dans des conditions particulièrement difficiles. Il s'est donc conformé aux indications que comportait la situation, et il a observé sur ce point toutes les règles de l'art des accouchements.

Et à l'audience, le Dr Maygrier répète : « Il se trouvait acculé à ce dilemme terrible : ou ne pas faire l'opération et la femme succombait ou faire l'opération et la faire dans des conditions défavorables. Par là même se trouve d'abord écarté le reproche relevé par le jugement, non retenu d'ailleurs par le réquisitoire, de n'avoir pas fait transporter la femme Fresquet à l'hôpital ou de

n'avoir pas fait appel à un deuxième médecin, non prévu par le règlement du service de nuit.

Par conséquent encore, c'est là le point capital à mettre en relief, beaucoup plus utile que la discussion que vous souleviez tout à l'heure et sur laquelle la Cour a dans le dossier des éléments pour se décider ; c'est que l'opération à laquelle vous vous êtes résolu, opération difficile que vous n'aviez jamais pratiquée, difficile à accomplir même avec des instruments appropriés, vous y êtes résolu, vous y avez eu recours conformément à toutes les règles de l'art des accouchements. Et je dois dire (car j'ai cherché à vous connaître en lisant les documents du dossier) que votre décision n'a pas été une simple improvisation, que vous vous étiez préparé théoriquement à la situation que vous avez eu ce jour là à trancher. J'ai trouvé en effet une petite note de vous que je relève et qui est ainsi conçue, note dans laquelle vous vous posez précisément à l'avance toutes les questions qui ont assailli votre esprit quand vous vous êtes trouvé en présence de la femme Fresquet.

« Le bassin est-il normal ou rétréci ?

« Son étroitesse permet-elle l'accouchement ?

« Faut-il provoquer l'accouchement ?

« Faut-il sacrifier l'enfant ?

« Faut-il faire la céphalotripsie ?

C'est l'écrasement de la tête, n'est-ce pas ?

LAPORTE. — Parfaitement.

M. LE PRÉSIDENT. — Voilà les questions que vous vous étiez posées théoriquement et que vous vous êtes posées en pratique chez la femme Fresquet. En bien, les experts disent qu'à ce point de vue purement théorique, vous avez pris une décision utile, impérieuse, à laquelle vous ne pouviez pas vous soustraire malgré toutes les conditions difficiles dans lesquelles vous vous trouviez.

Mais, quand vous vous êtes décidé à l'opération, une autre question a dû se poser à vous : et les instruments ?

LAPORTE. — C'est alors que j'ai songé au crâniotome contenu dans mon forceps.

M. LE PRÉSIDENT. — Malheureusement, le crâniotome était insuffisant. Qu'avez-vous fait alors ? Vous avez eu recours à ces instruments qu'on a déposés devant nous, ce marteau, cette aiguille, ce ciseau à froid : et il faut bien le dire, c'est certainement la vue de tous ces instruments qui a soulevé l'indignation que nous comprenons de tous ces témoins qui ont cru assister à une scène de boucherie révoltante et qui les a exaspérés à ce point qu'ils se sont précipités sur le médecin et les lui ont arrachés des mains.

C'est un point décisif. Non seulement les experts trouvent justifiée l'opération, mais ils trouvent justifié l'emploi de tous ces instruments inusités. Vous avez fourni des explications sur l'emploi des instruments; voulez-vous les reproduire devant la Cour.

LAPORTE. — J'ai rappelé que dans plusieurs ouvrages on fait allusion à cette éventualité dans laquelle peut se trouver le médecin obligé de faire la craniotomie sans instruments spéciaux et recourant à des instruments quelconques.

M. LE PRÉSIDENT. — Les experts disent, en effet, qu'il n'est pour ainsi dire pas d'instruments qui n'ait été employé par des praticiens, et ils citent un passage du précis d'obstétrique de Ribemont Desaignes, et je dois dire que les notes qui sont là sont justement extraites de cet auteur.

Par conséquent, l'emploi de ces instruments qui paraissent, à première vue, effroyables, est justifié par les experts; ils disent que vous aviez le droit, et il faut le dire, dans ce moment là, l'obligation même d'y recourir.

Alors, je m'explique très bien cette lettre du Dr Tarnier qui vous répondait, quand vous l'avez consulté: « A mon avis, vous ne pouviez guère espérer un rapport plus favorable; en effet, les experts ont insisté sur l'indication classique de l'opération; et c'est là un point important! » Le Dr Tarnier, qui connaît ce rapport de MM. Maygrier et Socquet, contre lequel on a peut-être eu tort de tant récriminer pour votre défense et que vous lui soumettez, vous dit: « Soyez heureux! vous avez le rapport le plus favorable qu'un prévenu puisse désirer!... »

LAPORTE. — Comme je savais qu'on ne pouvait faire d'autre rapport, sans le connaître, je le savais par cœur, ce rapport. C'est plutôt le cas qui est favorable. Il paraît favorable parce que le cas est favorable, et naturellement, la photographie ressemble toujours au modèle... L'accusation a été peut-être injuste (je n'ose pas le dire parce que nous sommes en justice) mais évidemment, c'est un cas dans lequel un médecin ne pouvait pas s'attendre à se trouver comme je me suis trouvé. Il est naturel qu'un rapport fait par deux hommes honnêtes soit favorable; c'est un cas favorable, mais ce n'est pas un rapport favorable, c'est un rapport qui dit simplement les choses comme elles sont.

M. LE PRÉSIDENT. — Et qui, les appréciant, dit que vous avez suivi les indications cliniques et que vous vous êtes servi d'instruments se trouvant légitimement entre vos mains.

Cependant, il faut que nous recherchions comment les experts ont pu être amenés à conclure à une faute dans des termes atténués, il est vrai.

Jusqu'ici, nous nous sommes tenus sur la terrain médical, nous nous sommes tenus, avec les experts, à des constatations médicales qu'ils avaient compétence pour faire. Quand ils nous disent : « Voilà des perforations traumatiques », nous ne pouvons que nous incliner. Lorsqu'ils nous disent : « L'opération de la craniotomie était nécessaire », ce sont des experts médecins qui parlent. Lorsqu'ils nous disent : « Pour faire cette opération, on a le droit de se servir de tels instruments », ce sont encore des experts qui parlent.

Cependant, ils ont conclu à ce qu'au cours de cette opération, vous avez pu commettre une faute opératoire; mais il faut bien voir les éléments sur lesquels MM. les experts ont fait reposer cette conclusion : c'est sur les témoignages et les appréciations des témoignages.

LAPORTE. — Cela entache de non valeur leur rapport.

M. LE PRÉSIDENT. — Ce que vous voulez dire, je crois, c'est qu'alors il ne parlent plus comme médecins.

Laissez-moi rappeler ce rapport, parce que c'est la pièce capitale du débat :

« En résumé, de ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure, tout en faisant la part des conditions défavorables et du milieu défectueux où Laporte se trouvait placé pour intervenir, ce qui rendait sa tâche particulièrement difficile, qu'il n'a pas conduit son opération avec la prudence voulue et que s'il a réussi à délivrer la femme Fresquet, il a néanmoins produit involontairement une blessure de la vessie qui a été le point de départ d'une péritonite promptement mortelle ».

Quelles sont les constatations, point de départ de ces conclusions ? Le rapport nous le dit :

« Il semble résulter des *diverses dépositions* et notamment de celle de la sage-femme que Laporte a introduit successivement les instruments dans le vagin, sans les guider avec sa main, et se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire. » Donc, constatations, résultant de témoignages, non plus de vérifications techniques.

Les experts ne peuvent voir l'opération, ils ne peuvent en voir que les conséquences. Sur l'opération même, ils nous disent qu'ils sont renseignés uniquement par les déclarations des divers témoins. Il est, du reste, important de constater qu'il y a une précision plus nette encore sur ce point dans la déposition du Dr Maygrier à l'audience. Le greffier de première instance a mis : « ici le médecin se livre à une discussion scientifique », nous ne savons rien de ce qu'il a dit par les notes d'audience; mais nous

le trouvons dans une autographie de sa déposition qui nous a été communiquée. Voici ce qu'a dit le Dr Maygrier « quant à la manière dont l'aiguille a été introduite, j'ai déjà dit que, d'après les témoignages recueillis, le Dr Laporte aurait fait pénétrer cet instrument dans le vagin sans le guider profondément sur ses doigts et en se bornant à maintenir la vulve entr'ouverte. En agissant ainsi il aurait méconnu une des règles principales de l'opération, et les lésions de l'utérus et de la vessie pourraient être considérées comme le fait d'une faute opératoire. C'est là un point que les débats peuvent permettre de résoudre.

« Il convient d'ailleurs d'ajouter que les mêmes lésions utérines ou vésicales, peuvent avoir été produites, alors même que l'instrument aurait été protégé par les doigts de l'opérateur jusqu'au fond du vagin, et il ne s'agirait alors que d'un accident opératoire, accident dont il existe des exemples dans la science ».

On ne peut pas déterminer plus nettement le champ de l'expertise réservé aux médecins légistes. L'inspection des lésions, qui leur a permis d'affirmer qu'elles étaient de nature traumatique, par elle-même ne révèle pas aux experts s'ils se trouvent en présence d'un accident ou d'une faute opératoire. C'est une faute qui serait lourde si l'instrument avait été mal guidé ; c'est un accident si l'instrument, guidé par une main sûre a cependant eu une échappée toujours possible, et qui s'est produite entre des mains plus expertes. C'est là le terrain utile pour nous, le terrain qui nous est plus familier, celui de l'appréciation des témoignages.

En sorte que nous voilà, dans une affaire médicale revenus à une appréciation qui n'est plus du ressort de l'expertise médicale mais toute judiciaire et sur laquelle je vais provoquer vos explications.

La seconde conclusion des experts découle des témoignages, qu'ils n'avaient pas le droit de contrôler, qu'ils devaient tenir pour constants. Eh bien, ils nous disent : « Sur un organe, nous voyons une lésion, cette lésion a dû être produite au cours de l'opération ; mais, à l'examen de la lésion, nous ne pouvons savoir, sans les témoignages, si cette lésion a été produite par une faute, c'est-à-dire par un instrument non guidé, ou si au contraire, nous sommes en présence d'un de ces accidents opératoires que les mains les plus sûres ne peuvent pas quelquefois éviter. »

Eh bien, ces témoignages, que lisait tout à l'heure M. le Conseiller rapporteur, « des témoignages nets, précis, que rien ne permet de suspecter » ; d'après le jugement, pour en apprécier la valeur et la portée, pour reconnaître l'aptitude et la compétence des témoins, il faut que nécessairement nous revenions en arrière,

que nous nous placions avec ces pauvres gens du quartier de Charonne, au 11 septembre, à onze heures et demie du soir, dans cette chambre de la rue Courat.

La femme Fresquet est en proie depuis la veille aux douleurs de l'accouchement. Elle a signifié à son mari la volonté d'accoucher chez elle. La poche des eaux s'est rompue dans l'après-midi. La sage-femme est là depuis huit heures du soir, elle a signalé la nécessité d'appeler le médecin, mais le malheureux Fresquet a dû attendre onze heures afin d'avoir le médecin de nuit gratuit.

- Eh bien, quand vous êtes arrivé, qui était dans la chambre ?

LAPORTE. — La sage-femme et plusieurs personnes.

M. LE PRÉSIDENT. — Combien à peu près ?... Je vais vous le dire : la sage-femme, le mari, et trois femmes, la femme Houbert, la femme Delanoé et la femme Burgis.

Après vous être consulté avec la sage-femme, vous avez pris la précaution de faire retirer tout le monde à l'exception de la sage-femme ?

LAPORTE. — Nécessairement.

M. LE PRÉSIDENT. — C'était une sage mesure, une mesure qui s'imposait dans les conditions où vous alliez opérer. Mais prenez garde ! C'est le premier grief que vous font les curiosités anxieuses de ces femmes ! elles se retirent dans la cuisine, mais elles ont bien soin de laisser la porte entrebâillée, de façon à bien surveiller ce qui se passe.

Vous êtes modeste (c'est peut-être un défaut pour un médecin), vous êtes timide, vous êtes nerveux (c'est un autre défaut, c'est un autre grief). Il est certain que vous n'avez pas su imposer l'autorité du médecin à ces gens du peuple qui sont toujours disposés à suspecter le médecin qu'ils n'ont pas choisi et qu'ils ne payent pas.

Et c'est là une note de caractère que je vous signalais tout à l'heure, c'est là une impression que je trouve écrite de votre main même. Dans les notes, j'ai trouvé de votre écriture, un dossier biographique dans lequel vous vous appliquez à vous-même ces trois substantifs : « timidité, nervosité, sensibilité », autant de défauts pour un opérateur novice, que nous allons retrouver signalés, grossis, et expliquant peut-être en grande partie les déclarations des témoins dont vous avez éveillé les défiances. « Nous sommes mal tombés ! » A votre vue, tel a été le premier cri. Il faut reconnaître que vous avez justifié par votre allure extérieure un peu cette déclaration des témoins. La sage-femme dit : « Il parlait tout le temps. Il paraissait très agité... Sa parole était saccadée ». Fresquet dit : « Je m'aperçus qu'il paraissait

s'y prendre avec une certaine nervosité.... Il paraissait ne pas s'entendre à ces sortes d'opérations. » Vous aviez enfin l'allure d'un homme peu maître de lui.

Vous reconnaissez tout cela ?

LAPORTE. — Oui.

M. LE PRÉSIDENT. — Il faut reconnaître que ce n'est pas ainsi que se présentent ces grands opérateurs « vieillis sous le harnois obstétrical », auxquels on a voulu vous assimiler par une métaphore, dont vous reconnaissez sans doute au moins l'exagération. — Alors, ces gens du peuple n'ont pas eu tout de suite la confiance que vous auriez dû savoir gagner... Ce n'est pas du charlatanisme !... Nous sommes dans un milieu de pauvres gens ; quand on arrive dans un milieu semblable, il faut savoir gagner l'autorité nécessaire, et peut-être si vous l'aviez eue, vous ne vous seriez pas trouvé en présence de ces déclarations que je vous rappelle.

Enfin, vous commencez par faire placer la parturiente sur le bord du lit... Comment étaient les jambes ?

LAPORTE. — Dans la position obstétricale, écartées et maintenues, sur un tabouret et sur une chaise... En outre le mari maintenait les jambes.

M. LE PRÉSIDENT. — La sage-femme appliquait le chloroforme.....

C'est ainsi que, seul dans la pièce, avec la sage-femme, vous faites une première application de forceps.

Il paraît qu'à un moment donné, les jambes de la femme étaient pendantes ?

LAPORTE. — Je ne m'en suis pas aperçu.

M. LE PRÉSIDENT. — Oui, mais, derrière on veillait et la femme Houbert a dit : « Moi, je m'y connais, ce n'est pas comme cela que cela devait se passer.... »

Les deux témoignages principaux sont ceux du mari et de la femme Houbert. La femme Houbert est une ménagère, elle a quarante et un ans ; elle a dit : « J'ai assisté à bien des accouchements et je prétends m'y connaître. » Vous, vous n'en avez fait que deux comme médecin, mais elle, dans un autre compte-rendu, elle dit : « J'ai vu cinq accouchements rien que dans la rue de Charonne.... » Elle était dans la cuisine et surveillait par la porte entrebaillée. A un moment donné, il paraît que les jambes de la femme pendaient. Elle dit au mari : « Cela ne peut pas se passer comme cela, entrons... Furieuse de voir travailler aussi maladroitement, dit-elle, j'ai pénétré avec le mari dans la chambre. » A l'audience elle a même dit : « Je me suis retournée vers les autres et je leur ai dit qu'il n'avait jamais dû faire d'accouchement, parce qu'il ne plaçait pas les fers comme je l'avais vu

faire... » Et alors, vous avez eu tort, quand vous avez eu fait vos applications de forceps, de dire : « Je suis au bout de mon rouleau.... » Vous ne pouvez le nier ! La sage-femme a dit que vous l'aviez répété par trois fois.

LAPORTE. — C'est tout naturel ! J'étais au bout de mon rouleau pour le forceps, par conséquent, il fallait recourir à une autre opération... J'aurais pu dire la même chose avant le forceps : « Je suis au bout de mon rouleau. » Cela faisait trois choses dans mon rouleau, par le fait.

M. LE PRÉSIDENT. — Il faut absolument nous dégager de cette émotion naturelle à laquelle étaient en proie les témoins de cette scène dans laquelle ils vous ont qualifié de bourreau, et même en des termes plus caractéristiques encore.

Nous n'avons pas à parler des applications de forceps. La sage-femme a dit là-dessus des choses qui paraissent indiquer votre inexpérience. Nous n'avons pas à parler non plus du ciseau à froid, ni du marteau, par la raison bien simple que, dans la poursuite actuelle, ils n'ont rien à faire, attendu que ce n'est ni le marteau, ni le forceps qui ont causé les lésions ; les lésions, c'est l'aiguille.

Eh bien, ne perdons pas la question de vue, celle à laquelle peu à peu je vous amène, ne perdons pas de vue que la preuve que ne fournit pas l'expertise médicale, au seul point de vue technique auquel elle se place, celle d'une faute opératoire, une faute lourde, une faute qui aurait consisté à ne pas guider l'instrument. Il faut que nous nous demandions ce que disent sur ce point très net, très précis, les témoignages, et quelle est leur valeur, leur portée, leur compétence.

Avant d'arriver à ce point, il y a un côté de l'opération que nous aurons à apprécier, sur lequel le dossier ne fournit aucun renseignement, sur lequel l'expert dit : « Il y a tout un côté laissé dans l'ombre.... » C'est celui-ci : avant de faire pénétrer le perce-crâne que vous avez à la main, pour arriver à opérer la rupture du crâne, il faut que la parturiente soit maintenue et l'enfant fixé autant que possible... Le Dr Pinard dans sa déposition met très bien en relief la nécessité de cette position. « La tête fuit facilement devant l'instrument ; il faut la maintenir avec beaucoup de force, ce qui est parfois extrêmement difficile. »

LAPORTE. — Je l'ai fait maintenir par la sage-femme.

M. LE PRÉSIDENT. — Jamais on n'a dit cela !

LAPORTE. — Elle l'a dit à l'instruction.

M. LE PRÉSIDENT. — Elle dit au contraire (et nous allons voir que c'est un des arguments importants de votre défense) qu'elle s'occupait du chloroforme.

LAPORTE. — Une main lui suffisait pour cela.

M. LE PRÉSIDENT. — Je ne sais pas si M^e Henri Robert connaît mieux le dossier que moi, mais je n'ai rien vu dans le dossier sur ce côté de l'opération.

M. L'AVOCAT GÉNÉRAL. — Il y a un endroit où il est dit qu'elle maintenait la tête. J'ai toujours cru que c'était la tête de la femme.

M. LE PRÉSIDENT. — Elle dit : « Je maintenais la tête de la femme Fresquet. J'étais dans une position qui ne me permettait pas de voir facilement comment le docteur s'y prenait pour opérer. »

LAPORTE. — Il y a un autre passage.

M. LE PRÉSIDENT. — Je ne le crois pas. D'après vous, c'était la sage-femme qui, en même temps qu'elle chloroformait, vous servait à faire cette opération, dont la nécessité est indiquée par le D^r Pinard.

LAPORTE. — Si ce n'était pas la sage-femme, c'était le mari; mais la sage-femme l'a maintenue certainement à un moment donné; je revois parfaitement la scène....

M. LE PRÉSIDENT. — Le mari n'a jamais rien dit, et remarquez que le D^r Pinard dit que c'est extrêmement important; il faut maintenir la tête avec beaucoup de force, ce qui parfois est extrêmement difficile. Cela se comprend! La tête de l'enfant se présente, vous frappez avec un instrument, l'enfant recule; eh bien, il est dans les nécessités de l'opération de fixer le corps de l'enfant autant que possible.... Ce n'est pas une question qui peut vous surprendre, c'est tout au long dans le jugement où on vous en fait un reproche, et je n'ai pas vu de réponse dans l'instruction.

LAPORTE. — Je n'ai pas autre chose à vous dire, je suis certain que la sage-femme maintenait la tête.

M. LE PRÉSIDENT. — La sage-femme ne l'a jamais dit et tout à l'heure, vous disiez le mari.

LAPORTE. — Dès que j'ai parlé de craniotomie, la sage-femme a maintenu la tête sans même que je le lui dise.

M. LE PRÉSIDENT. — Voyons ce que disent les témoins sur la façon dont vous avez procédé pour guider l'aiguille.

J'écarte de suite la femme Burgis qui est restée dans la cuisine et qui dit : « Par la porte entr'ouverte, je n'ai pas vu exactement ce qui s'est passé. »

La femme Delanoé dit : « Je suis rentrée au moment où le D^r Laporte introduisait son aiguille comme dans un tas de sable, sans direction avec la main. »

LAPORTE. — Ce sont des dépositions auxquelles on ne peut pas répondre.

M. LE PRÉSIDENT. — On peut répondre que, dans l'instruction, elle n'avait pas dit cela du tout ; elle avait dit : « Fresquet et la femme Houbert sont restés dans l'entrebâillement de la porte ; ensuite ils sont rentrés dans la chambre. Au bout d'un certain temps, j'y rentrai. A ce moment le docteur introduisait pour la deuxième fois l'aiguille... »

Elle n'a pas dit que vous l'introduisiez comme dans un tas de sable et sans direction.

Si nous prenons les déclarations de la femme Houbert et du mari, nous y trouvons l'affirmation catégorique de la part de ces témoins, que vous n'avez pas guidé. Le mari dit : « Je ne me rappelle pas l'avoir vu diriger l'aiguille. »

LAPORTE. — C'est de la pure imagination, car il est impossible à des personnes qui ne sont pas chirurgiens de savoir comment un opérateur procède. Quand nous allons dans les hôpitaux, ce n'est pas la première fois que nous voyons une opération que nous en pouvons saisir les diverses phases ; c'est à force de voir répéter la même opération qu'on arrive à savoir comment elle se fait. On l'apprend d'abord dans les livres car si on voit seulement, on ne peut se rendre compte.

M. LE PRÉSIDENT. — La femme Houbert dit : « Il introduisait les instruments dans le vagin sans prendre aucune précaution, c'est-à-dire sans diriger avec le doigt. » Il est vrai qu'à la fin elle est partie : on est venu lui dire que ses enfants pleuraient et elle est allée près d'eux, mais avant, elle dit : « J'affirme que Laporte n'a pas introduit la main dans le vagin pour diriger les instruments. Quand il a repris son forceps et le ciseau à froid, j'ai constaté que la vis ne fonctionnait pas. » Et dans une brochure où l'on a publié un compte-rendu sténographique des débats, on rapporte d'elle une déposition tout à fait caractéristique : « Il fourrageait comme dans une marmite ; il tournait là-dedans comme une cuiller dans une casserole... » Nous retrouvons alors dans cette déclaration de la femme Houbert le « tas de sable » que nous avons trouvé dans la déclaration de la femme Delanoé.

Voilà où se précise l'information. Avec les experts, nous sommes arrivés à ceci, qu'il nous faut des témoignages et que c'est des témoignages que peut résulter contre vous la preuve de la faute lourde, de la faute opératoire. Eh bien, voilà ce que disent les témoins ; expliquez-vous sur leurs déclarations.

LAPORTE. — Je crois que ces témoignages ne sont pas dignes de foi. Généralement, quand on témoigne d'une chose vraie, on le dit en termes plus simples. D'autre part, ce serait inconcevable,

parce qu'alors, en admettant que ce soit par accident que j'aie causé ces perforations, ce serait une multitude de perforations que j'aurais produites.

M. LE PRÉSIDENT. — Expliquez-nous comment vous avez opéré, comment vous teniez l'instrument ?

LAPORTE. — Si j'avais simplement écarté les lèvres de la vulve, je n'aurais pas perforé la vulve, mais j'aurais perforé le vagin. Par conséquent, il faut avoir la main au point où l'on agit. Nécessairement, l'aiguille dépasse toujours un peu les doigts ; alors, peut-être ai je laissé écarter un peu à ce point, c'est possible... (Le Dr Laporte fait sur ses doigts la démonstration de la façon dont il a dû diriger l'aiguille.

M. LE PRÉSIDENT. — Pour apprécier cette scène, heureusement, nous avons dans l'affaire un témoin compétent, c'est la sage-femme. La sage-femme, comme je vous le rappelais tout à l'heure, a déclaré qu'elle tenait la tête de la femme Fresquet, qu'elle était dans une position qui ne lui permettait pas de voir comment le docteur s'y prenait. Sur le point même qui nous préoccupe, voici ce qu'a dit la sage-femme, notamment à la pièce 20 du dossier : « je crois cependant, sans l'affirmer que, quand il a introduit l'aiguille, il s'est servi du doigt indicateur pour la diriger. » Et dans les notes d'audience, elle dit ceci : « Pour l'aiguille, il me semble qu'il introduisait le doigt, mais je ne puis l'affirmer. » C'est ce qu'on a appelé une affirmation dubitative.

Eh bien, voilà ce que dit la sage-femme : elle croit, elle n'est pas sûre que vous ayez guidé, mais elle ne dit pas que vous avez introduit l'aiguille comme dans un tas de sable.

Vous voyez que c'est peut-être bien à tort qu'on a attaqué ce témoin ! cette sage-femme a déposé dans les termes les plus modérés ; elle n'a rien affirmé contre vous, elle a même dit qu'elle croyait que vous vous étiez servi du doigt.

Et peut-être, sur ce point, ce qu'on peut relever de moins favorable pour vous, c'est ce que vous avez déclaré vous-même, c'est ce que le tribunal dans son jugement, a appelé l'aveu de votre faute. Le tribunal a pensé et a écrit dans son jugement qu'il était en présence d'un aveu de votre faute, et cet aveu, il l'a pris dans l'interrogatoire, à la pièce 24, dans laquelle vous avez dit : « Je crois que c'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne, mais je n'ai pas mis le doigt pour le vérifier... Je n'ai constaté la perforation du crâne que par des parties de cervelle que j'ai aperçues. Je ne me suis jamais rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré... » Voici ce que dit le tribunal : « si vous aviez réellement guidé votre outil, vous auriez senti la

perforation du crâne et vous vous seriez rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré. »

LAPORTE. — Il y a des choses qu'on peut ne pas croire... J'ai senti la perforation approximativement... C'est une opération délicate; on ne s'y rend pas compte de tout. Si je vous disais qu'il y a des habitants dans la lune, vous me répondriez : « Je ne vous crois pas. » C'est la même chose.

M. LE PRÉSIDENT. — Le Tribunal ne vous a pas dit une chose aussi extrême que cela ! Il vous a dit : « Vous reconnaissez vous-même que vous n'avez pas senti les perforations du crâne, et le Tribunal vous dit : « C'est la preuve que vous n'aviez pas mis le doigt. »

LAPORTE. — J'ai cherché avec le doigt et je n'ai pas trouvé la perforation; alors, je ne savais pas si j'avais percé; c'est plus tard, lorsque j'ai tiré avec le forceps qu'alors le crâne se resserrant, il est sorti de la cervelle. C'est alors que j'ai dit : « J'ai percé le crâne; maintenant cela ira tout seul... »

M. LE PRÉSIDENT. — Vous dites que cette explication fournie par vous n'était qu'une explication de l'opération.

Aux témoignages on a opposé les constatations de l'expertise sur l'intégrité des organes.

L'autopsie constate que la vulve et le vagin sont intacts, que les culs-de-sac vaginaux ne présentent aucune lésion, que l'entrée de l'utérus est intacte et que c'est à 1 centimètre à gauche sur la paroi qu'est la lésion qui communique avec la vessie, et tout cela après quatre applications du forceps, l'aiguille et le ciseau à froid. Il ne faut pas oublier que la tête fœtale a été perforée avec l'aiguille, c'est-à-dire que l'aiguille a pénétré jusqu'à la place occuper peut-être à 11 ou 12 centimètres au détroit supérieur du bassin, et que vous avez en somme atteint le but que vous poursuiviez. Et c'est là que le Dr Pinard, d'après les notes de l'audience, a dit : « Étant donné le siège de la double perforation, je n'hésite pas à déclarer qu'il est impossible que Laporte n'ait pas guidé son instrument. » Le Dr Maygrier dit ceci : « Je ne puis être aussi affirmatif. » Le greffier s'est arrêté là, mais il est probable que le Dr Maygrier a voulu dire que, étant donnés les cinq accouchements successifs, il y avait une dilatation considérable et qu'il ne pouvait affirmer que l'instrument ne pût pas pénétrer jusqu'au crâne de l'enfant sans être guidé. Mais, pour nous, magistrats qui interrogeons les experts, nous leur demandons des affirmations scientifiques, et ce qu'il faut relever, c'est que le Dr Maygrier n'affirme pas, mais ne nie pas non plus.

En sorte qu'en résumé la question du débat est ainsi posée :

1° lésions ayant entraîné la mort; 2° l'examen fait par les experts ne leur permet pas de reconnaître si c'est un accident ou une faute opératoire qui a causé les lésions mortelles, l'examen fait par les experts des organes ne leur permet pas de conclure ou non à une faute opératoire; 3° la faute opératoire est affirmée par le mari et par la femme Houbert; elle est atténuée par la déclaration d'une réserve extrême par la sage-femme.

A ce moment où la Cour doit trancher ces questions il importe de lui rappeler les termes même des conclusions de cette déposition du Dr Maygrier, qui n'est pas reproduite dans les notes d'audience; le Dr Maygrier dit: « Il y a lieu de tenir compte des circonstances qui doivent entrer largement en ligne de compte dans l'issue fatale: 1° Les conditions absolument défavorables de milieu, d'entourage, d'assistance et d'aide matérielle dans lesquels, appelé déjà trop tardivement, Laporte a eu à intervenir, seul, livré à lui-même au milieu de la nuit; 2° de son inexpérience en matière de craniotomie, car il pratiquait cette opération pour la première fois et il était cependant impérieusement obligé de la faire puisqu'elle constituait la seule chance de salut pour la parturiente; 3° de l'instrumentation défectueuse qu'il a eue à sa disposition et telle que des accidents opératoires pouvaient être à redouter entre des mains plus expérimentées. »

Voilà ce qu'a dit en dernier lieu à l'audience le Dr Maygrier.

Avez-vous quelque chose à ajouter?

LAPORTE. — Non.

M. LE PRÉSIDENT. — Alors, nous allons donner la parole à votre défenseur. Mais il est juste auparavant de constater que toutes les circonstances dont la justice doit tenir compte en votre faveur lui avaient été signalées par la compétence et l'impartialité des experts, dans cette déclaration à l'audience du Dr Maygrier qui ne fait que reproduire les conclusions du rapport écrit déposé à l'instruction et portant à côté de la signature du Dr Maygrier, celle du Dr Socquet.

V. — Plaidoierie de M^e Henri Robert.

Messieurs,

Vous allez voir que nous sommes absolument d'accord les uns et les autres, puisque c'est justement sur le rapport des experts, les docteurs Socquet et Maygrier que je viens m'appuyer pour vous demander l'acquittement du docteur Laporte.

Ce n'est pas un médecin seul, c'est la médecine tout entière qui a fait appel du jugement du 22 octobre 1897 prononcé par la

neuvième Chambre du tribunal et qui a condamné le docteur Laporte à trois mois de prison avec application de la loi de sursis pour homicide par imprudence.

Nous tous qui avons été et sommes encore ou ses amis, ses camarades, ou ses confrères, ses maîtres même, avons été témoins de l'état d'anéantissement profond dans lequel a été jeté ce malheureux à la sortie de l'audience où il a été condamné. Il lui a fallu huit ou neuf jours de réflexion avant qu'il se décidât à venir devant la Cour où il était certain cependant (l'événement ne nous a pas trompés) de trouver une justice plus calme, plus sereine, plus impartiale et certainement plus bienveillante. Il n'avait certes pas d'hésitation sur le bien fondé de ses explications, il savait qu'il était innocent, mais il avait été si cruellement déçu, il avait tellement souffert....

Ai-je besoin d'ailleurs de vous dire qu'il a souffert ? Regardez-le ! Vous l'avez entendu, vous êtes édifiés ! Cet homme qui a été intelligent, qu'on représente comme un travailleur laborieux, désintéressé, actif, à l'heure actuelle n'existe plus ! Il est incapable de se défendre ! A l'audience, il a eu une attitude que je ne veux même pas qualifier et il a fallu toute la bienveillance de la Cour pour qu'il pût aller jusqu'au bout de l'interrogatoire.

C'est qu'en effet il a passé huit ou dix jours en prison et que cela a été pour ce malheureux nerveux et impressionnable, un coup épouvantable ; on dirait que même physiquement il en a été atteint, et à le regarder seulement on peut voir ce qu'il a souffert. Quand il était là, debout, agité, ses mains nerveuses tirant sa barbe, ne sachant que répondre, un peu voûté, les épaules courbées, comme ceux qui supportent le poids de l'adversité imméritée, on pouvait se dire qu'il ne méritait pas ses souffrances !

C'est qu'en effet, tout ceux qui l'ont connu, ses amis, ses maîtres, ses professeurs, tous ceux qui l'ont fréquenté le représentent comme un homme tout à fait digne d'estime et de sympathie, d'une probité inattaquable, d'une honnêteté scrupuleuse, comme un travailleur et un modeste.

Il s'est trouvé un jour tout à coup jeté dans une situation épouvantable, la plus effroyable où puisse se trouver placé un honnête homme ; eh bien, il n'a pas hésité, au lieu de s'abstenir lâchement, il a fait bravement son devoir. Il n'avait qu'à s'en aller, il n'encourait aucun reproche ; il ne l'a pas voulu, il est resté. Et il n'avait qu'un but, qu'un mobile, l'humanité, qu'un intérêt, le salut de sa malade. Il a tout risqué, il a tout tenté ; il a lutté pendant des heures et est rentré chez lui avec la satisfaction du devoir accompli.

Puis un jour, on est venu le chercher pour le mener à Mazas où il est resté huit jours. A la suite de cet emprisonnement, il a été renvoyé en police correctionnelle et condamné à trois mois de prison.

En sortant de cette audience, désespéré comme je vous le dépeignais, il lui semblait qu'il n'avait plus que deux partis à prendre pour lui : l'exil ou le suicide. Sur le conseil d'amis sages, il a estimé qu'il y avait un troisième parti qu'il pouvait prendre, celui de venir devant des magistrats mieux informés, demander la réformation de la sentence.

Cette réformation, que j'ai à peine besoin de plaider, elle vous est demandée non seulement par la justice, le bon sens et le droit, mais même par l'opinion publique qui, au début, était si hostile, car à l'heure actuelle, je puis le dire sans crainte d'être démenti, il n'est pas une personne connaissant l'affaire, sachant ce dont il s'agit, qui ne vienne avec moi vous demander un acquittement qui s'impose. Même les femmes, qui en pareille circonstance, pourraient se montrer sévères vis-à-vis d'un homme qui a causé la mort de l'une d'elles, les femmes se sont unies à tous ses maîtres, à tous ses professeurs, pour demander pour lui justice et miséricorde. J'ai là un article (c'est là la seule preuve que je veuille vous en fournir) un article qui a paru ce matin même, où il y a cinq lignes que je veux faire passer sous vos yeux :

« Je voudrais dire que, pendant tout ce laps de temps... (c'est-à-dire depuis la condamnation en police correctionnelle jusqu'à la comparution en cour d'appel)... je me suis efforcée de recueillir à ce propos le sentiment féminin. Nous sommes plus aptes que les hommes à décider là-dessus.....

Les lignes sont belles et vous ne vous étonnerez pas quand je vous aurai dit que c'est madame Séverine qui les a signées.

J'ai dans mon dossier d'autres témoignages. Vous avez, je crois, ma plaidoirie imprimée de première instance ; si vous la compulsez, vous verrez que tous ses maîtres, ses professeurs et ses amis, M. le professeur Sellier, le docteur Laffitte, le docteur Dutot... d'autres encore que j'oublie et enfin l'homme qui est ici à mes côtés et auquel je dois un juste tribut de respectueuse reconnaissance, M. le professeur Pinard, tous ont pour ce malheureux la plus profonde estime, la plus sincère affection.

Je n'aurai pas pour longtemps à examiner la question de droit ; du reste, je crois qu'il n'y a qu'une question de fait et qu'il suffira de s'emparer du rapport des experts eux-mêmes passionnément et parfois injustement attaqués, je veux le dire moi-même, pour vous dire : « L'acquittement de cet homme s'impose. »

Le centre de ma défense est celui-ci : Avez-vous la preuve certaine, absolue, convaincante que cet homme tombe sous l'application de l'article 319 ? A-t-il commis (ce sont des termes étroits, stricts, limitatifs) une imprudence, une négligence, une maladresse, une inobservation des règles de l'art ? Si vous trouvez ces mots prononcés dans le rapport de MM. Maygrier et Socquet, je m'incline, parce que je prétends que c'est la seule pièce du procès sur laquelle vous puissiez vous décider, le seul fanal qui puisse vous guider, la seule lumière dans laquelle vous deviez marcher. Nous sommes en matière correctionnelle, c'est-à-dire en matière de droit étroit ; eh bien, si vous ne trouvez pas ces mots prononcés par les médecins experts, quels que soient : les témoignages, les dires, les racontars, les commérages de bonnes femmes dont je ferai justice, vous direz que vous ne pouvez pas prononcer de condamnation.

J'ai un plan de défense qui est bien simple, je vais vous le faire connaître.

J'ai une trop grosse responsabilité pour abandonner un seul argument ; mais il y en a sur lesquels je me contenterai de vous donner des indications. Tout ce qui touche à la question scientifique, j'ai l'intention formelle de n'en pas dire un mot ; je prétends que l'avocat, en pareille matière, est incompetent, qu'il arriverait simplement à se rendre ridicule en répétant une leçon apprise et qu'il vaut mieux laisser parler les maîtres qui seuls doivent avoir la parole dans un pareil débat. Je ne dois rien abandonner parce que je ne veux pas, dans une pareille affaire où de si graves intérêts sont en jeu, laisser quelque chose dans l'ombre, mais il est quelques points sur lesquels je n'insisterai pas.

Voici les quatre divisions de ma défense, sur lesquelles j'irai très vite.

1° Rien ne prouve, malgré ce qu'a affirmé Laporte à l'audience (car il est incapable de se défendre) que les lésions médicales constatées à l'autopsie soient l'œuvre de Laporte. Il me suffira de faire passer trois pièces sous vos yeux.

2° Fût-il l'auteur de ces lésions (c'est là la vraie question du procès), ces lésions ne sont pas le résultat d'une faute lourde, d'une imprudence, d'une négligence, d'une faute professionnelle ; elles sont simplement, ce qu'on appelle d'un mot saisissant qui peut figurer dans un arrêt de la Cour, un accident opératoire.

3° Le docteur Laporte devait opérer immédiatement, pratiquer l'opération de la craniotomie sur la malade. Il considérait cette femme comme en danger de mort. Il n'avait pas à attendre l'ar-

rivée problématique d'un confrère qui peut-être aurait été moins expérimenté que lui.

4° Il a pris toutes les précautions conseillées par les médecins, et, contrairement aux allégations des commères, appuyées sur le témoignage même de la science, appuyées également sur le témoignage (affirmation dubitative, dit le jugement) de la sage-femme, il a dirigé avec l'index de la main gauche, la tige de son craniotome. D'ailleurs, c'est un procédé chirurgical que les tribunaux ne peuvent pas apprécier.

Maintenant, Messieurs, laissez-moi, car c'est indispensable, et après cela, je n'aurai plus qu'à coordonner, revivre avec vous, à l'aide de précisions indiscutables, à l'aide des pièces mêmes de ce dossier qui crie l'acquiescement, l'ensemble des faits qu'on nous reproche.

D'abord, la vie du docteur Laporte. Elle n'est pas gaie; elle peut se résumer en quatre mots : travail, honneur, modestie et probité.

Famille absolument honorable... Il ne veut même pas qu'on en parle, parce que tous ces gens, qui occupent des emplois importants, ont été si douloureusement touchés, qu'il ne veut pas que leur nom soit prononcé en public; non pas qu'ils rougissent du docteur Laporte, mais parce qu'ils estiment que Laporte est par lui-même suffisamment honorable pour n'avoir pas besoin de s'abriter derrière l'honorabilité des autres.

Son frère occupe au Tonkin un emploi important. Sa mère, restée veuve, l'a élevé de son mieux avec une autre sœur mariée à un homme parfaitement honorable, fonctionnaire du Gouvernement.

Lui-même a été dès son enfance poussé par un attrait irrésistible vers la science, qui cependant par la suite devait le récompenser par les plus cruels déboires. Il a fait ses études médicales. A peine reçu médecin, comme la famille n'a pas de fortune (pauvreté n'est pas vice et n'est pas crime), immédiatement, il est entré, grâce à la bienveillance d'amis, à la Compagnie transatlantique. Il y est resté dix-huit mois. Nous avons ses notes; elles sont excellentes.

Lassé de cette vie nomade, un peu aventureuse, de ces traversées perpétuelles, il est revenu à Paris, près de sa mère. Il s'imaginait qu'immédiatement, grâce à ses relations de famille, il allait trouver dans ce quartier riche de la plaine Monceau, une clientèle nombreuse et rémunératrice. Quelle erreur! et comme Monsieur le Président avait bien raison, au cours de son remarquable interrogatoire plein de bonté et d'humanité, de jeter un

mot en passant aux carrières libérales ! Voilà un homme qui aurait pu être heureux s'il n'avait pas cédé à cette dangereuse idée qu'il n'y a pas d'avenir possible en dehors des carrières libérales. Dangereux mirage ! Les carrières libérales, elles sont encombrées ! Partez, allez comme votre frère aux colonies ; mais médecin, avocat, chirurgien, n'essayez pas ! si vous n'avez pas de fortune, vous mourrez de faim et vous verrez combien sont vrais les vers du poète qui chantent en ce moment dans ma mémoire :

La pire pauvreté, la misère profonde,
Est celle qu'on promène en habit dans le monde.

On ne peut pas se promener, en blouse, habiter un sixième étage ; un médecin doit avoir une bonne pour ouvrir sa porte, un cabinet de consultation pour recevoir ses clients... quand il s'en présente.

Il ne s'est pas présenté de clients. Il est resté deux ans environ dans le quartier de la plaine Monceau, à deux adresses successives, avenue Wagram et rue Jouffroy ; puis, il a pris une résolution énergique. Lui, appartenant à une famille de la bonne bourgeoisie, il s'est dit qu'à trente ans, il fallait voler de ses propres ailes, gagner son pain quotidien. Alors courageusement, en dépit de son éducation première, il a voulu apprendre par lui-même la lutte pour la vie. Il est parti en plein centre de bataille, en plein quartier de combat, à Charonne, dans un quartier ouvrier, populaire. Il habitait, au moment où les faits qu'on lui reproche sont arrivés, un misérable logement au loyer annuel de 340 francs ; et, alors lorsqu'on l'a arrêté, on a constaté ô douleur ! qu'il était moins riche que l'homme dont il allait soigner la femme : celui-ci avait 5 ou 6 francs dans sa poche, lui n'avait que 1 fr. 40, juste de quoi vivre deux jours sans mourir de faim.

Comme la clientèle était un peu lente à venir, il a fait ce que font les jeunes médecins, il s'est fait inscrire au service de nuit.

Je crois que je n'ai pas, devant vous, à discuter sur l'organisation de ce service ; vous trouverez sur ce point des documents incontestables dans mon dossier. Mais je ne me tromperai pas en vous disant que c'est un métier bien pénible et qu'il faut avoir grand besoin de gagner son existence pour se faire inscrire à un pareil service. C'est en effet qu'il faut, à toute heure du jour et surtout de la nuit, être à la disposition du sergent de ville qui vient à deux heures du matin sonner à votre porte, il faut aller immédiatement dans les plus misérables mansardes donner des soins qui, parce qu'ils sont gratuits, sont toujours suspectés et

mal reçus... C'est là votre mot si profond et si vrai... La veille même, il avait été appelé... Deux nuits sans dormir et deux jours entiers passés à attendre le client qui ne vient pas ! Quarante sous dans sa poche et le ventre vide ! la tête pleine de rêves... Tout cela est bien creux et ne nourrit pas.

C'est ainsi que, après deux nuits sans sommeil, lassé de cette lutte contre la misère et la pauvreté, à onze heures du soir, le vendredi 11 septembre 1897, on vient le chercher.

Dans quelle condition ? Il faut préciser, et cela à l'aide de faits et d'indications très nettes qui résultent du dossier.

Mme Fresquet avait été prise, le vendredi 10 septembre, des douleurs de l'enfantement. Elle avait déjà eu cinq enfants ; ses couches avaient été presque toutes difficiles, elle avait dû subir quatre fois l'application du forceps. Quand les douleurs avaient commencé, une sage-femme, la demoiselle Maitrepierre, qui la connaissait depuis vingt-cinq mois, avait été appelée.

Mlle Maitrepierre s'est plainte que j'ai dit en première instance des choses désagréables sur son compte, elle a eu tort.

Quand elle est arrivée, il n'y avait rien de prêt ; elle l'a déclaré ; je veux croire qu'elle a dit la vérité. Elle raconte qu'elle a passé la nuit. Rien de tel n'est exposé dans le dossier. Elle reste douze heures sans revenir ; elle revient le matin du 11 septembre. A ce moment, les douleurs ont cessé. Mlle Maitrepierre ne voit aucune urgence, elle s'en va et revient à huit heures du soir. Dans l'intervalle s'est produit un fait qui a sa gravité et qui n'a pas échappé à la sagacité de Messieurs de la Cour. Mme Fresquet, a été prise de nouveau des douleurs ; la poche des eaux, qui est placée là pour faciliter le travail laborieux de l'enfantement, s'est rompue, en l'absence de toute personne pouvant guider le travail, et on est resté, première imprudence, premier retard absolument funeste, depuis trois heures de l'après-midi jusqu'à huit heures du soir sans envoyer chercher la sage-femme.

La sage-femme arrive à huit heures du soir. A ce moment, il se produit un incident tout à fait caractéristique. Le travail est en voie de préparation ; il y a un intérêt considérable à ne pas perdre un instant. Mais l'accouchement se présente dans de mauvaises conditions. Cette femme a le bassin rétréci ; une fois sur cinq seulement elle a accouché naturellement. La sage-femme, qui est une personne parfaitement honorable, demande l'intervention d'un homme de l'art, elle n'ayant pas le droit de se servir du forceps.

Alors, il se produit cette triste scène que nous voyons relatée dans la déposition de la sage-femme ! Pour avoir le médecin gra-

tuit, il faut attendre onze heures du soir, heure à laquelle il est possible seulement d'avoir un médecin de nuit... Et je disais aux juges de première instance comme je le dis à vous, Messieurs, pour avoir le droit de mourir ou d'être soigné, il faut attendre qu'une heure donnée ait sonné au cadran municipal ; s'il n'est pas onze heures pendant l'été, dix heures pendant l'hiver, vous n'avez pas droit au médecin gratuit !

Fresquet avait dans sa poche 5 ou 6 francs ; il était plus riche que le malheureux médecin qui allait venir et la vie de sa femme, déjà cinq fois mère, était menacée... Je constate simplement... Il savait combien les couches antérieures avait été laborieuses.

Seconde faute, second retard également déplorable, également préjudiciable : on a appelé trop tard la sage-femme et, quand elle est venue, à 8 heures, on a attendu trois heures pour aller chercher un médecin.

A 11 heures et demie, le Dr Laporte arrive. La situation déjà grave s'est aggravée encore par les fautes commises.

Un point est incontestable au débat, et je suis heureux de discuter ici devant des hommes qui attachent aux faits leur sens même. Autrefois, on avait fait au Dr Laporte le reproche de n'avoir apporté que certains instruments. L'agent de police ne prévient de rien, il dit simplement : « C'est un accouchement » ; il apporte son forceps et sa trousse. Il n'a que cela parce que les instruments coûtent plusieurs milliers de francs, et vous pouvez aller chez les deux mille médecins de Paris, vous en trouverez 1 800 qui ne possèdent pas d'autres instruments que ceux-là.

Je m'étonnais alors que l'Assistance publique n'ait pas cette précaution élémentaire de faire donner à l'agent qui est chargé d'aller chercher le médecin, une trousse complète déposée au poste de police. Je suis heureux de dire que les choses sont changées depuis.

Quand il arrive, il n'a que son forceps en parfait état. On avait dit qu'il n'était pas en parfait état, mais si, il était neuf.

Que fait-il aussitôt arrivé?... Nous allons revivre en quelques instants tous les faits rapides de ce drame dont il est bien difficile d'analyser toutes les phases. Nous allons voir (c'est bien intéressant) dans quel milieu les choses se passent et nous allons avoir la certitude que sa conduite a été correcte au point de vue pénal, qu'on ne peut lui reprocher aucune imprudence.

Il a son forceps. Il fait trois tentatives inutiles d'application de cet instrument. Ces trois tentatives ayant été faites, il se trouve dans une situation terrible ! D'abord la malade s'épuise,

car il y a déjà quarante-huit heures qu'elle souffre; ensuite, elle a le bassin rétréci, tous les accouchements précédents, à cause de cela, ont été difficiles, enfin, détail capital, l'enfant est déjà mort. Ces trois points sont certains et si la mort de l'enfant a été contestée par des témoins passionnés et ignorants, sur lesquels le tribunal n'a pas craint de s'appuyer pour briser la carrière d'un homme, nous voyons que cette mort est affirmée par les deux seuls témoins compétents, le Dr Laporte et Mlle Maître-pierre, et que la mort résulte, au dire des experts : 1° de la procidence du cordon; 2° de l'absence totale de battements du cœur.

Laporte avait alors trois partis à prendre. Il se trouvait en présence d'une femme en danger de mort, refusant de se laisser transporter à l'hôpital; il pouvait s'en aller; c'était une lâcheté, ce n'était pas un délit. Il pouvait aussi faire ce que disait le Dr Pinard, ce qu'il ne devait pas faire et ce qu'il n'a pas fait, continuer les applications de forceps, s'acharner comme un perdu, tirer sur la femme, la briser, l'éventrer. Il avait le droit de le faire, paraît-il... Eh bien, il a fait son devoir, et quand j'ai dit autrefois devant le tribunal qu'il avait fait son devoir, au lieu de se croiser lâchement les bras pour regarder une femme mourir, j'ai dit la vérité. Maintenant, je vais vous le démontrer.

Pourquoi a-t-il fait son devoir? A-t-il un but quelconque? Est-ce l'intérêt? Vous verrez que le tarif de l'Assistance publique est un leurre, une illusion et qu'en réalité le prix n'est pas proportionnel à ce qu'on fait. Une simple visite faite à un homme qui a un simple rhume, la nuit, peut rapporter plus qu'un accouchement laborieux. Sur ce point spécial, je ne veux pas discuter; vous ferez la réponse à la note de police produite à la dernière heure, après le débat de première instance; vous verrez que Laporte n'avait aucun intérêt à faire ce qu'il a fait. On a beau lui dire, dans le réquisitoire dont on a parlé : « 20 francs, c'est toujours bon à prendre... » Non, il les gagnait de toute façon, et il y a certains quartiers où les visites à la même époque, ont rapporté, non pas 20 francs, mais jusqu'à 27^{fr},50, parce qu'il y a une subvention affectée aux postes de police et qu'au bout du trimestre, on fait un décompte.

Il y avait une autre hypothèse; le tribunal en a parlé dans son jugement. C'est pourquoi j'arrive à la discussion de ce jugement, qui a été caractérisé d'un mot bien spirituel du professeur Pinard, lorsqu'il a dit que les juges s'étaient livrés à l'exercice illégal de la médecine. Il a dit là une chose profondément vraie, car vous allez voir figurer dans ce document de justice des

choses qui figureraient plutôt avec avantage dans un cours d'obstétrique. Vous allez voir des magistrats donner à un professeur d'accouchement des leçons d'accouchement !

Le tribunal a indiqué un argument qu'il abandonne par la suite : « Il fallait envoyer la femme à l'hôpital. » Ai-je besoin de discuter ce grief ? Non ! 1° Mme Fresquet ne voulait pas aller à l'hôpital ; il est acquis qu'elle avait refusé de s'y laisser transporter ; 2° elle était endormie ; elle pouvait se réveiller ; et quel réveil pour cette femme, si elle avait été sur la voie publique non délivrée ; 3° elle pouvait mourir en route.

Je me réfugie derrière ce que dit le jugement lui-même. Le médecin est seul juge de l'opportunité de l'opération ; c'est là un principe absolu, principe de bon sens, de vérité et de droit qui est posé par les juges et reconnu par eux. Alors, que devient le grief de n'avoir pas fait transporter la malade à l'hôpital ? Étant seul juge de l'opportunité de l'opération, j'ai le droit d'estimer que je dois l'opérer immédiatement.

L'instrument qu'il a employé, c'est ce qu'on appelle l'instrument de fortune, et les experts ont eu raison, dans leur rapport, de ne pas retenir ce grief contre le Dr Laporte. Mais, vous verrez planer à travers les attendus du jugement : « Il a opéré avec un instrument dangereux. » Avait-il le droit d'opérer ainsi ?

Aux juges de première instance, j'ai cité à ce sujet non seulement ce que dit le Dr Maygrier dans son rapport, mais l'opinion de M. Pinard, l'opinion de M. Richemond-Dessaigue, c'est-à-dire une opinion qui émane de personnes autorisées ; j'ai cité aussi un passage d'une leçon du professeur Pajot sur cette question, qui fait pleine justice d'un argument qu'on nous a opposé en première instance :

« Si vous vous trouvez en présence d'une femme chez laquelle vous avez épuisé toutes les ressources de l'art, n'hésitez pas...

M. le Dr Tarnier professe les mêmes idées.

Enfin, il y a cet exemple palpitant (c'est la première opération du professeur Trousseau), exemple célèbre que vous me permettrez de vous rapporter d'un mot. A vingt-cinq ans, inconnu comme l'était le Dr Laporte, le Dr Trousseau est appelé dans une pauvre famille. Un enfant se meurt du croup. On demande des instruments, mais il n'y en a pas. Alors Trousseau ouvre la gorge de l'enfant, et, comme, pour faire pénétrer l'air, il faut un appareil, il arrache dans la chambre le tuyau d'une conduite de gaz et l'introduit dans la gorge de l'enfant.

Si l'enfant était mort, aurait-on envoyé Trousseau en police correctionnelle ? Car c'est la seule question intéressante. On permet

toutes les audaces, toutes les initiatives à condition qu'elles soient garanties et sanctionnées par le succès! Le seul tort du Dr Laporte, c'est d'avoir échoué; on l'aurait sacré grand homme s'il avait réussi, dans ce quartier on aurait fait sa réputation. Ce n'est pas cela cependant qu'il a visé.

Il fallait opérer; voyons comment il a opéré, et voyons surtout maintenant, car c'est un côté du début qui doit toucher des cœurs d'hommes, dans quel milieu il a opéré. Je sentais, à travers la bienveillance si grande de l'interrogatoire, que vous étiez d'accord avec moi pour considérer que c'était bien là la question et la véritable excuse du Dr Laporte, celle qui est indiquée dans le rapport des experts, MM. Maygrier et Socquet, à savoir que l'opération était immédiate, qu'on devait opérer où l'on était, dans les conditions et dans le milieu où l'on était.

Messieurs, revivons la scène en quelques instants ensemble. Nous sommes dans une mansarde. Il y a là, quand le docteur arrive, cinq ou six personnes. Qui sont ces personnes? Le mari, c'est son droit; la sage-femme, c'est son devoir, puis les spectatrices abonnées des accouchements du quartier.

Que fait le docteur Laporte? Il prend une précaution bien simple. Et on lui a contesté ce droit en première instance, lorsqu'on lui a dit: « Vous avez éloigné tout le monde, c'était parce que vous saviez bien que vous étiez incapable; il a éloigné tout le monde parce que c'était son devoir, parce que l'accoucheur ne doit pas être encombré d'une foule de gens qui n'ont rien à faire dans l'opération... Ah! elles ne le lui pardonneront pas; elles sont déçues, les commères! Il y a un accouchement difficile, le sang va couler... Quel bonheur! et on nous ravit ce plaisir! Nous allons bien voir!... Et comme on les a mises à la porte, elles l'entrouvrent... Et ce sont là les témoins que le tribunal a invoqués pour condamner un homme, pour anéantir sa carrière; ce sont ces gens qu'il a chassés et qui, dans leur rancune, ne veulent pas lui pardonner, ce sont ces femmes qui sont derrière la porte entrebâillée et qui, plus fortes que le médecin, vont donner des conseils, et, comme il ne les suivra pas, elles vont non seulement le critiquer, mais, par la suite, l'accuser.

Vous avez lu, des dépositions de Mme Houbert, quelques lignes qui sont intéressantes: « J'ai assisté, dit-elle, à bien des accouchements, et je crois m'y connaître. » Et, comme elle regardait par l'entrebâillement de la porte, elle a cru voir que le docteur s'y prenait mal.

Et nous avons cette scène étrange d'un homme qui se trouve seul, la nuit, mal assisté, dans une chambre à peine éclairée par

la lueur fumeuse d'une chandelle, n'ayant pas d'instrument sous la main, seul, dans cette lutte merveilleuse, admirable du médecin contre la mort, n'ayant pour but qu'une seule chose, la guérison de la malade. Une femme va mourir, il faut la sauver, l'arracher à cette chose hideuse, épouvantable, qu'est la mort!... Ah! mais pardon! Il y a là un homme qui fait son devoir! Nous allons le gêner, pour le faire condamner après! » C'est ainsi que nous voyons dans le dossier cette chose stupéfiante: les commères vont venir; croyez-vous qu'elles vont rester tranquilles? Non! Ce rôle de spectatrices ne leur suffit pas; alors, il y en a une qui s'empare du marteau, une autre qui prend le forceps, une autre l'aiguille; elles le déclarent, elles s'en vantent... Et c'est ainsi qu'il a opéré la nuit, seul, sans aide, sans instrument, devant cette femme qui allait mourir et qu'il fallait arracher à la mort, gêné par tous ces spectateurs et tous ces témoins. Et il aurait eu l'ombre d'une défaillance, quelque mouvement nerveux? Il aurait tremblé? Mais le plus grand maître aurait hésité dans des circonstances pareilles!... Pardon, il aurait commencé par renvoyer tous ces gens-là! Mais, lui, c'est un modeste; il n'a pas l'autorité nécessaire. Et c'est ainsi qu'il va opérer, qu'il opère. Il ne va pas réussir et on lui en fera un grief, mon Dieu! que je ne trouve pas extraordinaire, car c'est ici le lieu de replacer une réflexion qui me hante:

Qu'y a-t-il donc au fond de cette poursuite? Est-ce que ces femmes sont menteuses? Je n'aime pas à dire inutilement des choses désagréables: elles se trompent, voilà tout; ce sont des commères passionnées qui ont mal vu, mais elles sont excusables, parce qu'elles ont un sentiment qui n'est pas spécial aux femmes, que nous avons tous le sentiment d'abîme de l'orgueil humain qui ne veut pas admettre qu'on puisse se tromper, puis ce sentiment plus fort, la peur de la mort. Nous voulons que l'homme soit victorieux dans sa lutte contre la mort, et, quand le médecin ne réussit pas, on le couvre d'opprobre; s'il avait réussi, on l'eût couvert de louanges, oubliant que c'est le hasard, seul dispensateur des gloires et des fortunes, qu'il faudrait accuser.

Messieurs, vous avez maintenant, avec moi, revécu toute la scène.

Il a introduit le forceps; de quelle façon? Avec une brutalité révoltante, disent les commères? Lorsque nous allons discuter leurs témoignages, nous verrons que ce n'est pas vrai et que le bon sens est avec moi. Non seulement le professeur Pinard, mais tout le monde est d'accord pour dire qu'un médecin qui a fait trois ou quatre applications successives du forceps, laissant absolument intacts la vulve, le vagin, tous les organes si délicats

de la femme en travail d'accouchement, n'a pas agi comme un bourreau. Et, quand un témoin viendra nous raconter qu'il a introduit le forceps sans prendre aucune précaution, qu'il enfonçait son aiguille comme dans un tas de sable, nous protestons et nous disons que ce n'est pas vrai.

A-t-il abandonné sa malade ? Du tout, il ne l'a pas abandonnée, il l'a délivrée.

Puis, son rôle est terminé comme médecin de nuit, il n'a pas à revenir. Il rentre chez lui, harassé, brisé de fatigue. Il sort, faisant le rêve qu'il a sauvé une femme. Son réveil a été sa comparution devant le juge d'instruction.

Alors, cette femme est malade. Trente-six heures se passent, on la laisse sans soin. Enfin, un docteur est appelé; il prescrit le transport à l'hôpital.

C'est là que je disais aux juges de première instance : « Voyez comme ce reproche de ne pas l'avoir fait transporter à l'hôpital est vain ! On la transporte à l'hôpital; comment l'y soigne-t-on ? On lui a donné des injections antiseptiques, probablement. »

Mais voici qu'elle ne peut plus uriner, elle a le ventre gonflé. On va tenter quelque chose, à l'hôpital, pour la sauver ? Rien. On lui a donné des injections d'eau chaude et on n'a fait aucune tentative pour l'arracher à la mort. Cependant, il est constant que les perforations de la vessie peuvent à merveille être fermées par une suture.

On fait un reproche, encore : il a fait la craniotomie; c'était pour la première fois. M. le président et M. le conseiller-rapporteur, qui ont creusé ce dossier avec une conscience admirable, ont été au-devant des arguments de la défense et ont exposé l'affaire avec une telle impartialité que je n'ai pas besoin d'en dire davantage.

Manque de compétence ? Vous avez fait des perquisitions chez lui, et tout ce que vous avez trouvé à mettre pour l'accuser vient aussi en partie pour le défendre. S'il a pu écrire quelques notes de pensées intimes, il a aussi fait des études complètes. Il a droit à son titre de médecin-accoucheur; on ne peut lui faire grief de l'avoir mis à sa porte; c'était son droit absolu de l'y mettre. Il a son diplôme; M. le docteur Pinard a vu ses notes, elles sont excellentes. Il a fait des craniotomies sur des fœtus morts, bien entendu. Il a sa science et sa conscience pour lui.

J'ai terminé l'exposé des faits. Je crois que par lui-même il est suffisamment lumineux pour que vous rendiez un arrêt d'acquiescement où vous ne pourrez pas mettre autre chose que ceci : « Considérant qu'il y a un rapport des médecins experts, considé-

rant que ce rapport ne prononce le mot ni d'incompétence, ni de négligence, ni de maladresse; que ce rapport n'a pu s'appuyer que sur les dépositions des témoins, mais considérant que ces dépositions ne sont pas suffisamment probantes pour rassurer la conscience du juge... » Car, messieurs, il n'y a pas à faire autre chose, pour obtenir l'acquiescement, que de se reporter à ce rapport de MM. Socquet et Maygrier.

Tenez, écoutez ceci ! l'instruction a subi deux phases successives : « M. Laporte a été envoyé à Mazas sur une information un peu hasardée. Vous avez au dossier une déposition qui vous montre que non seulement les commères peuvent varier, mais que, même les hommes les plus respectables peuvent se tromper; les médecins, même ceux pour lesquels j'ai beaucoup d'affection, sont sujets à de cruelles erreurs, et l'arrestation du D^r Laporte a été causée par une de ces erreurs. A la cote 16 du dossier figure une déclaration de M. Socquet, ainsi conçue :

« Voici mes conclusions sommaires : Laporte a opéré l'accouchement avec imprudence et négligence... »

M. LE PRÉSIDENT. — Pardon, M^e Robert, vous lisez cela dans les publications qui ont été faites; ce ne sont pas les pièces du dossier; ce que vous lisez se trouve dans les brochures qui ont été distribuées.

M^e HENRI ROBERT. — Je ne demande qu'une chose, c'est de m'être trompé sur ce point spécial. En matière correctionnelle, on a la bonté de ne jamais nous donner copie des dossiers; par conséquent, nous sommes obligés de prendre nos documents où ils sont publiés. Je ne tire argument de ceci que parce que je croyais que le texte était exact.

Le docteur dit : « paraît »; il a bien raison ! car nous allons voir par la suite quelle déclaration il a signée, d'accord avec le professeur Maygrier. Voici les conclusions de leur rapport, qui sont absolument formelles, et vous vouliez bien me faire remarquer vous-même quelle importance considérable pouvaient avoir dans le débat les déclarations de MM. Socquet et Maygrier :

« M. Laporte, sur le premier point, a observé toutes les règles de l'art des accouchements. »

Mais, dans le rapport, il y a autre chose, je dirai plus : il y a l'acquiescement du D^r Laporte, non seulement sur le premier grief, mais sur le second.

Il faut, pour rentrer dans l'article 319, que je trouve une précision de la part des experts, il faut que les experts vous disent, à vous, magistrats, pour rassurer vos consciences : « Laporte a pratiqué la craniotomie, il a occasionné des lésions et il a agi avec

imprudence, légèreté, inexpérience ou négligence. » Y a-t-il cela ? Pas du tout ! Il y a un texte tout entier de la main du professeur Maygrier, et, dans ce texte, qui est entre vos mains, et dans lequel on a eu la bonne foi de ne rien changer, il n'y a même pas ce qui a été lu à l'audience publique, il y a une nuance considérable. M. le Dr Maygrier, compétent en la matière, déclare ceci :

« Laporte n'a pas opéré avec toute la prudence et l'habileté désirables. »

Et le mot *toute*, qui est rayé dans les conclusions, est également rayé à la fin du rapport.

M. LE PRÉSIDENT. — Il est rayé dans le commencement.

M^e HENRI ROBERT. — Il est rayé deux fois.

M. LE PRÉSIDENT. — Non.

M^e HENRI ROBERT. — Je vous demande pardon, j'en suis absolument sûr.

M. L'AVOCAT GÉNÉRAL. — Oui, il est rayé deux fois.

M^e HENRI ROBERT. — Et la double rayure a une valeur considérable !

En résumé, de ce qui précède, nous croyons..., etc.

C'est là un document qui a une valeur considérable ! C'est une pièce qui émane des experts commis par la justice, sur laquelle je m'appuie, moi, et je dis à la Cour comme j'ai dit au tribunal : « Vous ne pouvez pas, en présence d'un pareil rapport, condamner ; nous sommes ici en matière pénale, tout est de droit étroit ; vous êtes magistrats, vous êtes comme moi, incompetents en matière médicale, et vous ne pouvez pas, pour envoyer un homme en prison, même avec application de la loi de sursis, ne vous appuyer que sur ce fait qu'il y a des médecins experts qui vous affirment qu'il a procédé avec imprudence.

Puis, il y a mieux ! Comment les experts ont-ils conclu ? Ils ont vu des pièces, mais ils ne savent rien par eux-mêmes ; ils constatent sur des parties molles découpées des lésions qui existent, mais ils ne savent rien, ils sont obligés, comme ils le déclarent eux-mêmes, de s'appuyer sur les déclarations des témoins. Et c'est là où je vous disais : « C'est tout le procès, la question de droit n'existe pas pour ainsi dire. »

Eh bien, le tribunal a fait une chose très simple ; il a déclaré qu'entre l'appréciation scientifique du Dr Pinard, entre l'appréciation scientifique des D^{rs} Maygrier et Socquet et les affirmations des commères du voisinage, il n'y avait pas de doute ; il a déclaré que le Dr Pinard est incompetent et qu'il n'y a qu'une chose qui compte, c'est ce qu'ont dit Mme Houbert et Mme Delanoë. Le débat

est entre les commères et la science... Je n'ai pas besoin d'aller jusqu'au fond des discussions d'école, elles ne m'arrêtent pas ; je ne veux pas faire perdre le temps de la Cour pour discuter certaines choses ; j'expose d'un mot...

Il y a devant moi un homme accusé ; je veux sauver cet homme. Les discussions savantes ne me touchent pas. Mais il y a deux côtés : d'un côté la science qui doute, de l'autre côté, les commères... Il suffit de poser la question pour qu'elle soit résolue.

Le défaut d'asepsie ! je passe, cette question n'étant plus en discussion.

Les perforations ! la discussion médicale est dans trois documents : la déposition de M. le Dr Pinard, la lettre de M. Ribemont-Dessaigne et la lettre de M. le professeur Tarnier ; ils soutiennent tous trois que les perforations peuvent être spontanées. C'est M. Socquet, seul, qui peut répondre, car M. Maygrier, par crainte d'infection, n'a pas pu se rendre auprès de la morte ; il a vu seulement les parties molles qui ont été enlevées d'un coup de ciseaux par M. le Dr Socquet.

Et c'est ici que je viens vous dire : Si vous deviez condamner le Dr Laporte, même en lui infligeant une simple amende, en infirmant le jugement qui a été rendu dans des conditions inadmissibles, j'ai des conclusions subsidiaires devant vous, auxquelles le tribunal n'a même pas répondu. J'ai dit au tribunal, comme je viens vous dire à vous : Vous avez l'opinion respectable d'un professeur officiel d'accouchement en France, et pour repousser cette opinion, vous n'avez qu'un argument : « M. Pinard n'a pas vu. » Montrez-lui les pièces ! Elles sont là ; elles sont conservées dans l'alcool ; il en saura tout autant que le Dr Maygrier, puisque M. Socquet n'a pas eu le soin de conserver le bassin... Puis vous verrez que les autres médecins déclarent que les perforations d'abord peuvent être spontanées, ensuite qu'elles ont pu être causées à l'autopsie par le Dr Socquet.

Et, Messieurs, nous arrivons à une constatation bien pénible. Depuis l'affaire, les médecins de campagne, les petits médecins de Paris se méfient : on risque trop ! on risque la police correctionnelle !... Par exemple, dimanche dernier, à Boulogne-sur-Seine, 7 médecins étaient appelés près d'une femme. Il fallait opérer immédiatement, car la mort n'attend pas. Les médecins sont partis. On a fini par transporter la femme à l'hôpital ; elle est morte en y arrivant, parce que personne n'avait voulu faire ce qu'a fait le Dr Laporte.

M. le Dr Ribemont, d'ailleurs, rapporte à la fin de sa lettre ceci : « Il y a quelques jours, on apportait à la Maternité de

Beaujon une femme albuminurique... » C'est un exemple qui n'est pas isolé, car le martyrologe s'est enrichi de plusieurs noms.

Voilà la question médicale. Je ne veux pas la discuter, car je suis incompetent. Et si cependant je cédaï à la tentation, je n'aurais qu'à prendre dans mon dossier et à lire la consultation provoquée par l'éminent professeur Pinard, qui émane des professeurs d'accouchement, et je vous dirais qu'on ne peut élever contre cette consultation aucune objection.

Le jugement, Messieurs, se résume en deux points : Laporte est condamné : 1° pour avoir commis une faute en n'envoyant pas chercher un second médecin ; 2° pour en avoir commis une en ne guidant pas suffisamment avec le doigt l'aiguille en l'introduisant dans le vagin.

Le premier point, est-ce qu'il peut-être retenu par vous ? Je réponds non, avec la même énergie que le docteur Pinard en première instance. Il suffit de lire le jugement de première instance pour se convaincre que les juges se sont infligé à eux-mêmes le plus éclatant démenti. Ils ont posé en principe que les tribunaux ne peuvent se rendre juges du diagnostic ni de l'opportunité d'une opération... Qu'est-ce donc que l'opportunité de l'opération ? C'est le moment précis, c'est l'instant déterminé auquel l'opération doit se faire. Et alors, si moi, médecin, dans la plénitude de ma science et de ma conscience, j'ai estimé que la femme était en danger de mort, qu'il n'y avait pas d'hésitation possible à avoir, si j'ai suivi le conseil donné par mon maître, M. le professeur Pajot, si j'ai opéré, j'ai agi dans la plénitude de mon droit et vous ne pouvez pas me faire grief ni faute de ne pas avoir envoyé chercher un médecin.

La question se résout donc à celle-ci : A-t-il agi dans la plénitude de son droit ?

Devait-il opérer ? Restons avec notre défense ! c'est-à-dire avec le rapport de MM. Maygrier et Socquet ! ces Messieurs disent : « L'indication d'intervenir était immédiate et formelle ; le traitement le plus rationnel était d'appliquer le forceps et, en cas d'insuccès, de pratiquer la craniotomie. » Donc, j'avais le droit de ne pas envoyer chercher un second médecin, et en cas d'insuccès avec le forceps, je devais pratiquer la craniotomie.

Un second médecin ! En droit, je ne devais pas le faire appeler ; mais en fait, quel intérêt à en faire appeler un ? Et puis, quel médecin faire venir ?... Il ne s'est jamais opposé à ce qu'on allât chercher un second médecin ! mais Fresquel, qui avait 5 ou 6 francs dans sa poche ne voulait pas les dépenser pour cela, ou plutôt, il en avait besoin. Alors, il fallait envoyer chercher un

médecin de nuit? Il y a un rapport de police qui dit que c'est possible; moi, je dis qu'on peut citer un cas sur mille et qu'il est en pratique presque impossible d'obtenir un second médecin. Allez donc au poste, Monsieur Fresquet, chercher un second médecin de nuit? On vous dira: « Un second? Mais, vous en avez déjà un!... » Et pendant ce temps, deux heures peuvent s'écouler, la malade peut mourir! Laporte n'a qu'à croiser les bras et attendre l'arrivée d'un second confrère: c'est là ce qui résulte de l'attendu du jugement. Allons donc! ce n'est pas possible et il a eu raison d'agir.

Le tribunal, en droit, n'a pas jugé de l'opportunité de l'opération et en fait MM. Maygrier et Socquet déclarent que l'indication était immédiate, qu'il fallait opérer. Par conséquent, il ne devait pas attendre l'arrivée d'un second médecin.

Nous arrivions ainsi à la seule question qui existe au procès. Y a-t-il faute dans le fait de ne pas avoir guidé l'aiguille avec le doigt avant de l'introduire dans le vagin?

En droit vous connaissez mes arguments: ils sont tout entiers contenus dans l'affaire du Dr Touret, ils sont tout entiers contenus dans ceci, qui appartient à la défense: ce sont les paroles prononcées par M. le procureur général Dupin à l'audience de la Cour de cassation, lorsqu'il a conclu contre le Dr Touret dans une affaire défavorable et qui ne ressemblait en rien à la nôtre: Voici ce qu'il disait:

« Il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos. »

Je dis d'abord que le fait de guider l'aiguille peut n'être qu'un procédé. Si on voulait se réfugier dans la question de droit, on serait bien fort, car tout cela se réduit à une question de fait.

Je dis qu'il a guidé et je vais prouver que le doute sur ce point est tellement fort qu'en vertu des principes les plus formels du code pénal, il doit profiter au prévenu.

C'est qu'en effet, nous avons sur ce point des déclarations contradictoires. Qui l'accuse? Ce sont les commères qui viennent raconter qu'elles l'ont vu fourrager comme dans un tas de sable et remuer... Remuer! mais une fois l'aiguille introduite, pour faire le trou, il faut bien la remuer un peu et un mouvement giratoire est absolument indispensable.

Mais, rapportons-nous au rapport médical des experts: le vagin, la vulve intacts, pas de blessures, pas d'érosions. Voilà par conséquent déjà, au point de vue médical un premier obstacle qui se dresse et qui me paraît insurmontable.

Mais, il y a bien autre chose! Ces déclarations des commères,

dans un procès vulgaire, personne ne les admettrait ! elles n'existent pas, parce qu'elles sont d'une telle exagération qu'elle ne peuvent pas être admises une seconde !

Une des commères (je crois que c'est Mme Houbert) affirme que le Dr Laporte aurait commis la faute d'opérer, l'enfant n'étant pas mort, et elle affirme que la sage-femme aurait dit que l'enfant vivait... C'est faux, l'enfant était mort avant l'opération, et, avant d'opérer, le Dr Laporte a pris la précaution de faire ausculter la femme Fresquet deux fois, et il n'a opéré que sur la double affirmation de la sage-femme que l'enfant était mort.

Comment ces femmes étaient-elles placées pour voir ? La femme Fresquet était sur le lit ; Laporte était devant elle et tournait le dos aux femmes qui par conséquent étaient derrière lui. Comment pouvaient elles voir les mouvements de sa main.

En réalité, il n'y a que deux témoins, Laporte et la sage-femme, et, en présence de leurs déclarations, il ne peut y avoir de doute.

Mlle Maitrepierre a fait une déclaration absolument capitale et formelle ; je la fais repasser sous vos yeux : « Je crois, cependant, sans l'affirmer que, quand il a introduit l'aiguille, il s'est servi du doigt indicateur pour la diriger... » Et à l'audience, le Président, sur ma demande, lui a fait préciser de nouveau et elle a répété la même chose dans ce qu'on appelle une affirmation dubitative et qui est favorable à l'appelant.

Vous avez donc deux commères qui vous disent des choses invraisemblables et une sage-femme qui vous dit : « Je crois sans affirmer. »

Peut-on tirer argument contre Laporte du prétendu aveu qu'il aurait fait ? Je connais assez votre esprit de justice et d'impartialité, Messieurs, pour penser que vous direz avec moi qu'il est impossible de faire figurer sérieusement dans un document de justice cette histoire que Laporte aurait fait des aveux. Voici sa déclaration : « Je n'ai pas mis le doigt pour vérifier... » Il n'a jamais dit qu'il n'avait pas guidé avec son doigt, il a dit qu'il n'a pas vérifié avec son doigt si réellement il avait perforé le crâne. Et il vous a expliqué ceci : Quand vous introduisez l'aiguille dans l'intérieur du vagin, vous dirigez bien l'aiguille avec le doigt, mais l'aiguille dépasse toujours le doigt, par conséquent, elle va atteindre le crâne, mais le doigt, qui est en arrière de la pointe, ne va pas sentir la perforation. Et comme la partie à atteindre est très loin, il est impossible avec le doigt de se rendre compte de l'opération, de la perforation exécutée.

Relisez le dossier, Messieurs, il n'y a pas une note, il n'y a pas un mot qui puisse permettre de prétendre qu'à un moment quelconque le Dr Laporte aurait fait l'aveu qu'il n'a pas guidé avec son doigt; il a toujours prétendu le contraire.

De sorte que voilà la réalité : d'un côté deux commères (histoire invraisemblable); de l'autre Mlle Maitrepierre (affirmation dubitative) et le Dr Laporte (affirmation formelle).

Mais, il y a un troisième témoin qui vient nous départager, c'est la science. Elle parle et vous dit que les faits reprochés au Dr Laporte sont matériellement impossibles. Vais-je vous représenter les gravures qui figurent les parties génitales de la femme en travail d'accouchement? Vous verrez que ce mouvement d'introduire l'aiguille comme on le reproche n'est pas possible; il faut suivre une courbe et il faut forcément que le doigt dirige l'aiguille.

De sorte que, sur tous ces points, j'ai fait ma preuve complète.

Je me résume en disant : l'affaire est simple. C'est le doute le plus complet, le plus absolu. Il y a, pour moi, sinon pour vous, un doute sur la nature et l'origine des perforations; il y a doute sur leur auteur, bien que Laporte ne se défende pas sur ce point; il y a doute surtout sur ce point capital que Laporte n'a commis aucune imprudence, aucune maladresse, et il y a certitude qu'il a opéré dans les règles de l'art. Il disait très justement qu'il avait fait ce qu'il avait pu et qu'il avait agi dans la plénitude de son devoir et de sa conscience.

J'ai terminé en première instance par quelques considérations générales très courtes.

Vous voyez avec quelle modération je vous ai présenté le procès du Dr Laporte, et vous vous souvenez des paroles si justes par lesquelles commençait M. le conseiller-rapporteur! C'est un grand bonheur que ce procès ne soit pas venu tout de suite, qu'il y ait eu d'autres agitations qui ont distrait, séduit ou empoigné l'opinion publique. On a oublié le caractère trop violent des premiers instants et, actuellement, c'est un procès comme un autre qui se présente dans l'atmosphère sereine et calme de la Cour d'appel.

C'est un jugement terrible que celui qui a été rendu, parce que c'est un jugement de tendance contre les médecins. Il y a eu des erreurs commises; des hommes ont passé devant d'autres juridictions; ils ont été condamnés; inclinons-nous devant la chose jugée.

Et je disais aux juges de première instance : Prenez garde! si vous condamnez vous allez retirer à une profession qui ne vit que

d'indépendance et d'initiative toute indépendance, toute liberté et toute initiative... J'étais malheureusement bon prophète et vous pourrez vous faire représenter une triste statistique. A Paris, deux ou trois exemples, mais combien plus en province ! et surtout non pas seulement chez les médecins des villes, mais parmi les médecins de campagne qui n'osent plus opérer ! C'est le régime des bras croisés que je méprise, moi ! c'est le régime de la théorie et du laisser-mourir ! il ne faut pas laisser se propager de pareilles théories, il faut au contraire permettre à ces hommes d'agir.

En effet, voyez donc la situation ! vous appelez un médecin près de votre femme qui va mourir... Il y a des cas où un miracle est nécessaire, il faut que la malade soit sauvée par un coup d'audace ; mais il faut pour cela que le médecin ne soit retenu par aucune considération. Elle existe à l'heure actuelle, cette considération, c'est la condamnation du Dr Laporte, et l'on se dit : « Allons-nous-en parce que c'est la police correctionnelle qui nous attend. » Et au moment décisif, à l'instant où le médecin va lutter, quand il va essayer d'arracher à la mort une femme qui est en train d'agoniser, il a une réflexion bien simple : « Mieux vaut ne pas risquer la police correctionnelle, partons !... »

Messieurs, je le répète, dans cette affaire, le doute absolu existe. Le docteur a-t-il maintenu la tête de l'enfant ou l'a-t-il fait maintenir par la sage-femme ? A-t-il guidé l'aiguille ? Les médecins vous déclarent qu'ils n'ont pas d'éléments pour se prononcer sur ces points. La science est là qui me protège. Le doute me suffit, parce que le doute c'est l'acquittement. Votre arrêt dira ceci : « Dans le doute, je m'abstiens. Laporte n'a pas commis d'homicide par imprudence. Il peut y avoir des présomptions, elles sont combattues par d'autres. »

Votre arrêt aura une signification bien nette et bien simple ; il rendra à cet homme non pas le droit et la faculté d'exercer la médecine, car hélas la chose est pour lui devenue presque impossible, mais l'honorabilité. Il a cherché une autre profession ; il a lutté courageusement. Savez-vous ce qu'il fait ? Il étudie la sténographie, et, comme ses confrères en médecine, ses confrères en sténographie ont montré d'admirables exemples de confraternité. Il a trouvé à s'occuper et il va concourir bientôt pour être sténographe à la Chambre des députés. Son avenir matériel sera ainsi assuré. Mais, cette médecine qu'il a tant aimée, à laquelle il a donné dix années de sa vie, cette science à laquelle il s'est sacrifié, il lui faut l'abandonner, et c'est là pour lui un cruel chagrin.

Mais, il y en a d'autres que lui. Il faut rendre à ces gens qui sont tous intéressants, tous habiles, tous dignes d'estime, le droit à l'action, le droit au courage !

VI. — Conclusions de M. l'avocat général Blondel.

COUR D'APPEL DE PARIS
(7^e chambre)

Audience du 25 février 1898

Messieurs,

A l'heure avancée où nous sommes, il faut aller droit au but : j'y vais.

M^e Henri Robert vient de vous demander la réformation du jugement et le renvoi pur et simple du D^r Laporte. Je vous le demande aussi ; seulement, si nous sommes d'accord sur la conclusion, nous ne le sommes pas sur tous les motifs, et c'est pour cela que je vous demande la permission, moi aussi, de vous présenter quelques observations.

Tout d'abord, en fait, je crois que toutes les constatations des experts sont rigoureusement exactes, et j'essaierai de vous le démontrer dans un moment. En second lieu, si je suis arrivé à la conclusion que je viens d'indiquer à la Cour, je tiens à déromper mon honorable contradicteur : l'opinion publique n'y est absolument pour rien.

Nous ne sommes pas de ceux (et l'on ne s'en plaindra peut-être pas), qui se laissent guider par les courants de l'opinion publique. Cette affaire, du reste, pourrait nous en montrer tous les dangers, toutes les incertitudes, toutes les fluctuations.

En effet, au début, y avait-il un crime plus grave que celui que l'opinion publique imputait au D^r Laporte, un châtement assez terrible pour l'expier ? Puis un revirement s'est produit ; le D^r Laporte n'est plus coupable, il n'a commis aucune faute, on en fait un héros, un martyr, on le représente « comme un chirurgien blanchi sous le harnais obstétrical », on dit qu'il a fait preuve d'une véritable habileté.

Messieurs, ce sont là des exagérations de l'opinion publique, dont nous devons nous dégager, d'où qu'elles viennent, pour nous en tenir à l'examen des faits, à l'étude des principes du droit ; et ainsi, nous sommes sûrs d'arriver à la justice, qui est notre seul but, et à la vérité qui est le seul moyen de l'obtenir.

Au point de vue des faits (je parle des faits essentiels, de ceux

qui peuvent être l'élément générateur du délit), l'affaire se résume en ces deux propositions :

En pratiquant la craniotomie, le D^r Laporte a occasionné une double perforation de la vessie, et cette double perforation a entraîné une péritonite qui a été promptement mortelle.

Sur cette seconde proposition, j'ai bien entendu au début de cette audience quelques objections du D^r Laporte, mais son honorable avocat n'y a pas insisté, et en première instance elle n'avait pas été discutée. Dans tous les cas, j'indique que vous retrouveriez sur ce point une réponse très nette dans le procès-verbal d'autopsie dressé par le D^r Socquet, et aussi dans la note donnée au prévenu par l'homme éminent que nous regrettons tous, le D^r Tarnier. Donc je passe.

Mais alors, quelle est la nature de ces perforations ? Sont-elles traumatiques, c'est-à-dire résultant des opérations pratiquées par le D^r Laporte ? Sont-elles au contraire spontanées ? C'est là, en première instance, qu'a semblé porter tout l'effort de la défense, et c'est là ce qui a fait dévier le débat à un tel point qu'on s'est lancé dans les hypothèses les plus aventureuses.

Après le jugement même, et comme si ce n'était pas assez des opinions purement théoriques mises en avant devant les premiers juges, on a soutenu une nouvelle thèse ; il ne suffisait pas de dire, contrairement à l'avis des experts, que les perforations étaient spontanées, on a été jusqu'à prétendre que les lésions constatées par M. le D^r Socquet avaient pu être produites par lui au cours de l'autopsie.

Tout à l'heure, le D^r Laporte a lui-même répondu. Il vous a dit : « J'étais là, j'ai vu le D^r Socquet pratiquer l'autopsie ; cette hypothèse est inadmissible. »

Eh bien ! ce que le D^r Laporte a vu et constaté, j'imagine que le savant professeur agrégé qui a émis cette opinion à la légère aurait bien dû le penser ; car enfin on peut s'étonner de voir un professeur, un agrégé formuler contre un de ses confrères, sans aucune espèce de preuve, l'accusation d'une maladresse aussi grave !

Voyons ! est-ce que il n'y aurait d'infailibilité que pour ceux qui ne sont pas des médecins experts ? Est-ce que, dans ce procès où l'on a tant parlé de l'habileté médicale, seuls, les médecins experts ne sauraient absolument rien de leur métier ? Le D^r Socquet n'est pas le premier venu ; je ne veux pas faire son éloge, qui serait suspect dans ma bouche, à raison des services qu'il rend tous les jours, je ne dis pas à l'accusation, mais à la justice ; mais chacun sait que le D^r Socquet pratique des autopsies.

sies journallement, et il était inadmissible dans une affaire de cette nature, qui devait le préoccuper vivement puisqu'il s'agissait d'un confrère, qu'il eût fait preuve d'une semblable maladresse.

Je le répète, c'était déjà invraisemblable, et, d'ailleurs, ce n'est pas vrai ! Il y a sur ce point une réponse d'ordre scientifique que je me borne à indiquer. Le procès-verbal d'autopsie du Dr Socquet contient ces deux lignes qu'on aurait peut-être bien fait de lire et de méditer : « Au niveau de ces perforations la muqueuse vésicale est infiltrée de sang. » Eh bien ! dût-on m'accuser, moi aussi, d'« exercice illégal de la médecine », les rapports médico-légaux que j'ai lus, les nombreuses autopsies auxquelles jadis j'ai assisté, ont suffi pour m'apprendre que les blessures faites après la mort n'entraînent jamais d'effusion de sang ; et comme en toutes lettres le rapport du Dr Socquet constatait qu'il y avait une extravasation de sang, la réponse était décisive.

Arrive maintenant l'autre hypothèse, et j'insiste sur le mot : hypothèse, car mon honorable contradicteur l'a très bien senti, il y a un reproche capital qui se dresse contre toutes ces opinions : c'est que ceux qui les affirment n'ont rien vu, tandis que les experts ont vu... et les experts c'est d'abord le Dr Socquet qui, vous disait-on, n'a pas en matière d'obstétrique une compétence spéciale, mais c'est ensuite le Dr Maygrier à qui on ne fera pas, j'imagine, la même observation, puisqu'il est professeur agrégé à la Faculté de Paris. Or ils ont vu et c'est là un avantage immense ; et, ayant vu, ils n'ont éprouvé aucun doute ; ils ont déclaré que, étant donnés le siège, l'emplacement, la position de ces lésions, ils affirmaient de la façon la plus nette, la plus certaine, qu'elles ne pouvaient avoir été produites que par un instrument tranchant.

Remarquez, Messieurs, que cette affirmation emprunte à la contradiction dont elle a été l'objet, une particulière gravité. Vous comprenez qu'en présence d'une parole autorisée comme celle de M. le professeur Pinard, M. Maygrier n'a pas voulu, lui, se prononcer à la légère ; mais encore une fois, ayant vu les pièces, non pas le bassin, mais les lésions, les perforations, le Dr Maygrier n'a pas craint d'affirmer en provoquant lui-même toutes les contradictions possibles, qu'aucun doute n'existait dans son esprit. Il a eu soin de faire remarquer que les pièces étaient conservées, qu'on les pouvait voir, et qu'il suffisait de les voir pour se rendre compte de l'exactitude de son opinion. Et personne ne les a vues !

Je ne veux pas maintenant, surtout à l'heure où nous sommes,

suivre le Dr Maygrier dans ses observations scientifiques ; je vous prie simplement, si vous éprouviez une hésitation, de vous reporter aux cotes 55 et 58 du dossier ; vous y verrez un document qui émane de M. le Dr Maygrier et que résumait tout à l'heure M. le Président, et vous y trouverez la preuve que les perforations ne peuvent être des ruptures spontanées ou produites par des aiguilles osseuses, parce qu'aucune des deux perforations n'est en contact avec la paroi osseuse du bassin, où d'ailleurs le Dr Socquet a constaté l'absence d'aiguilles osseuses.

Par conséquent, ces constatations matérielles des experts me semblent à l'abri de toute critique.

On leur avait fait, devant le Tribunal, quelques autres objections ; je ne sais si je dois m'y arrêter, puisque ici, mon honorable adversaire en a fait bon marché. On avait objecté la dimension des lésions, et dans les documents, qu'on a eu l'amabilité de m'envoyer, j'ai vu que certains médecins étaient « restés rêveurs » à propos de la dimension des lésions ou de leur situation sur une même ligne horizontale.

Il ne faut peut-être pas prendre les expressions trop à la lettre ; il y a un mot qui explique mieux la situation des lésions, c'est cette parole de M. le Dr Maygrier : « Elles sont situées en regard l'une de l'autre. » On ne veut pas dire qu'elles sont d'une horizontalité absolue, mais elles sont situées dans un même plan horizontal et en regard l'une de l'autre.

Quant à leur dimension, il paraît qu'elle cause un véritable sujet d'étonnement dans toute la France, non seulement à Paris, mais en province, et on se demande comment une aiguille à matelas ayant 5 millimètres de large aurait pu occasionner dans la vessie deux perforations ayant 2 centimètres de large.

Cela ne me paraît pourtant pas bien difficile à expliquer. Le Dr Laporte a dirigé son aiguille à matelas sur le crâne de l'enfant ; il l'a atteint, cela n'est pas douteux, comme il devait l'atteindre ; et, alors, il s'est trouvé en présence d'une substance offrant une certaine résistance : les os ou la partie qui commence à s'ossifier et qui constitue le crâne de l'enfant. Il a donc fait une incision qui, dans cette substance un peu dure, n'avait que la dimension de l'aiguille elle-même. Mais si vous admettez avec les experts que son aiguille a dérapé, qu'une échappée s'est produite, à ce moment-là, par le seul fait que l'aiguille est entrée dans des tissus beaucoup moins résistants que ne l'était le crâne, par suite d'une sorte de mouvement de bascule, la blessure ou la lésion a dû s'agrandir et a pu arriver jusqu'à 2 centimètres.

Donc, je ne vois là aucune objection décisive. Mais, je le répète,

je ne sais pourquoi je discute à l'heure actuelle, puisque mon honorable adversaire n'a pas reproduit devant vous ces différents griefs. J'aime mieux conclure sur ce premier point, et ma conclusion est celle-ci :

Le Dr Laporte est l'auteur, involontaire bien entendu, des lésions qui ont été constatées par les médecins experts ; ce sont des lésions traumatiques, et le Dr Laporte a bien fait de le reconnaître. C'est là, en effet, un argument dont on n'a pas assez tenu compte jusqu'ici. Dans toutes ces publications, au milieu de toutes ces critiques qui ont quelquefois dépassé la mesure, on a fait ressortir bien des choses, mais on a oublié de faire ressortir celle-là. Je ne veux pas vous relire la pièce du dossier à laquelle je fais allusion, puisqu'elle vient de vous être lue par l'honorable avocat du prévenu, mais le 20 septembre le Dr Laporte, après avoir assisté à l'autopsie, déclarait qu'il reconnaissait que la vessie avait été perforée au cours de son opération.

« Je l'ai reconnu, a-t-il dit ensuite, parce que je ne savais pas alors qu'il pouvait y avoir des perforations spontanées, et que, d'un autre côté, j'étais troublé. » M. le Conseiller-Rapporteur, Messieurs, vous faisiez remarquer qu'à ce moment le Dr Laporte n'avait pas été mis en état d'arrestation, qu'il avait assisté à l'autopsie et l'avait suivie avec beaucoup d'attention. Le Dr Socquet lui en fait connaître le résultat matériel, et le Dr Laporte s'incline. Vous retiendrez donc que le Dr Laporte a reconnu que les perforations ont été faites au cours de son opération, et il a terminé sa déclaration par ces mots : « Je reconnais la matérialité des faits. »

Vous voyez qu'il y avait là des éléments qui étaient de nature à permettre aux experts de se défendre et ils ont eu quelque mérite, laissez-moi le dire, à conserver l'attitude très réservée et très digne qu'ils ont gardée. Pendant qu'on élevait vis-à-vis d'eux des critiques comme celles que je vous indiquais tout à l'heure, pendant qu'on se livrait à des récriminations acerbes, eux qui avaient en mains les pièces du dossier, qui leur avait été communiqué, ils ont gardé le silence, pensant que c'était la seule attitude qui convenait à la dignité de la mission que la justice leur avait confiée ; ils ont bien fait et il est nécessaire de le répéter, car encore une fois, indépendamment de leur appréciation scientifique, ils étaient dans une large mesure couverts, je ne dirai pas par le silence, par l'absence de contradictions, mais par l'aveu formel du Dr Laporte.

Je vais maintenant passer très rapidement, car il y a un grand nombre de questions sur lesquelles aujourd'hui nous nous trou-

vons d'accord. Mais, sans revenir sur l'exposé général des faits, je relève encore une exagération. On a dit que le Dr Laporte avait été extrêmement habile, parce qu'il n'avait, sauf les perforations, occasionné aucune autre déchirure et que tous ces organes si délicats de la femme ont été trouvés intacts à l'autopsie.

C'est vrai, mais la femme Fresquet avait eu cinq accouchements précédents, dont quatre à l'aide du forceps, et quatre fois ou avait réussi. Il ne faut donc pas crier victoire si haut et parler d'une exceptionnelle habileté. En me reportant aux pièces du dossier, à l'autopsie du dernier enfant et à nos manuels de médecine légale, j'ai constaté que, comme poids, comme dimensions, cet enfant était dans les conditions normales et, d'un autre côté, vous savez que le bassin de la femme Fresquet, s'il était rétréci, ne l'était pas dans des conditions extraordinaires, puisqu'il y avait simplement un rétrécissement de 1 centimètre et demi. J'ai donc le droit de remarquer que quatre fois auparavant les confrères du Dr Laporte avaient été peut-être plus habiles, en tous cas plus heureux que lui.

Cette réserve faite, rien à dire pour l'application du forceps, absolument indiquée par la science. Cette application n'ayant pas réussi, il fallait recourir à la craniotomie; les experts le disent encore très nettement; ils reconnaissent tous les deux que le Dr Laporte était autorisé à pratiquer cette opération et que, n'ayant pas sous la main les instruments nécessaires, des instruments scientifiques (il paraît, et ce n'est pas très rassurant, que dans les mains d'un maladroit, l'instrument scientifique est plus dangereux qu'une aiguille à matelas!) le Dr Laporte a eu le droit de se servir du premier instrument venu.

C'est là, comme le faisait avec grande raison remarquer M. le Président dans son interrogatoire, ce qui a contribué, au premier moment, au désarroi de l'opinion publique. Que voulez-vous! lorsqu'il s'agit d'opérations aussi graves, lorsqu'il faut pénétrer dans les organes maternels et qu'on fait usage d'un ciseau à froid ou d'une aiguille à matelas, on s'émeut! Je comprends et j'excuse l'effarement des voisins qui ont assisté à l'accouchement. Il faut que nous lisions, nous-mêmes, les ouvrages des maîtres les plus autorisés et que nous songions qu'en définitive la fin justifie les moyens, pour admettre qu'on puisse avec la justification et l'autorisation de la science, pratiquer des opérations aussi terribles avec des instruments si étranges, si peu appropriés! Cela ressemble, M^e Henri Robert vous le disait tout à l'heure, à une œuvre de boucher, comme toutes les opérations chirurgicales: soit! seulement, quand les bouchers s'appellent Dupuytren,

Nélaton, Péan, pour ne parler que des morts, ils sauvent la vie à des milliers de créatures et acquièrent des droits impérissables à la reconnaissance de l'humanité. Et, malgré cela, on peut s'expliquer le saisissement, l'effroi, l'indignation, même de ceux qui se trouveront en présence d'une opération faite avec l'instrument employé par le Dr Laporte; mais, il était autorisé à s'en servir, les deux experts l'ont dit, et par conséquent de ce chef il n'y a aucun reproche à lui faire, surtout au point de vue pénal.

Et alors, puisque mon honorable contradicteur n'a pas contesté ici la question de principe, c'est-à-dire l'application possible, dans certains cas, aux médecins et chirurgiens, de l'article 319 du Code pénal, j'arrive à la discussion du jugement.

Il s'appuie sur deux arguments. Voici le premier : que le Dr Laporte a commis une faute grave en n'appelant pas un confrère.

Permettez-moi de m'expliquer nettement sur ce point.

Je ne veux pas, je le répète, discuter devant vous la jurisprudence sur la responsabilité pénale des médecins; tout le monde à l'heure actuelle reconnaît qu'il n'existe pas une véritable immunité en leur faveur, mais qu'ils ne peuvent tomber sous le coup de la loi que s'ils se sont rendus coupables d'une imprudence grave, d'une faute lourde, d'une impéritie impardonnable, d'une ignorance véritable des règles et des principes de leur profession. Cependant, bien que je ne veuille pas vous citer d'arrêts, je me reprocherais, sur la question spéciale dont je m'occupe en ce moment, de ne pas vous indiquer qu'elle a déjà été soumise à la justice et que, dans une instance en dommages-intérêts, fondée uniquement sur l'article 1382 du Code civil, la Cour de Metz, par un arrêt du 24 mai 1867 (D. P. 67, 2, 110) a décidé qu'on ne pouvait pas trouver un principe de responsabilité civile dans le fait par un médecin de ne pas appeler un autre de ses confrères. Pourquoi? Par une raison bien simple. C'est que, du moment où l'on est médecin, on est autorisé à se livrer à l'exercice de la profession de la médecine et à tout ce qu'elle peut comporter.

Cependant, il est plus prudent dans certains cas, de la part du médecin, de ne pas se fier à ses propres lumières, et dans l'affaire actuelle, étant données les circonstances très graves, très sérieuses dans lesquelles se trouvait le Dr Laporte, il eût peut-être mieux fait d'insister, comme il en avait été question à un moment donné, pour avoir un confrère auprès de lui; mais, Messieurs, laissez-moi vous dire que si l'on peut, de ce chef, l'accuser de quelque présomption, de témérité, d'une juvénile audace, je ne veux pas

lui reprocher, parce que je retiens qu'il était là chez des malheureux, faisant œuvre charitable, qu'il était là, plus pauvre que ces pauvres eux-mêmes, et qu'en définitive pour avoir dépensé trois heures de son temps et de sa peine, en pleine nuit, il ne devait recueillir qu'un modeste salaire... Je dis modeste pour ne blesser personne.

Donc, ce premier grief, déjà discutable au point de vue civil, ne peut pas constituer un élément de responsabilité pénale.

Deuxième argument :

Le jugement reproche au D^r Laporte de n'avoir pas guidé les instruments dont il s'est servi en pratiquant l'opération de la craniotomie. Il y aurait donc eu, non pas seulement un accident, un malheur, mais une véritable faute opératoire.

Ici, comme on vous l'a bien fait remarquer, les experts n'ont pas formulé d'appréciation personnelle et ne sont pas en faute. On leur a communiqué un dossier, ils en ont pris les constatations et ne les ont pas discutées, ce n'était pas leur rôle; ils examinaient l'affaire dans les conditions où le dossier la leur présentait.

Nous autres, Messieurs, nous sommes dans une situation toute différente; les témoignages, nous avons le droit de les peser, nous en avons même le devoir, nous devons les apprécier, les mesurer, chercher le degré de confiance que nous pouvons leur accorder.

Eh bien, après ce qui a été dit au cours de ces débats, ai-je besoin de vous répéter pourquoi M^{me} Hubert, M^{me} Burgis, M^{me} Delanoë et autres, malgré toute l'expérience qu'elles prétendaient avoir dans la science des accouchements, pourquoi ces voisines, audacieuses dans leur curiosité assez malsaine, ne m'inspirent pas de confiance ? Je ne puis pas m'appuyer sur de semblables témoignages, j'estime qu'il n'y a plus qu'un doute, et, sur ce point de fait, je vais même plus loin que mon honorable contradicteur, ce sont des témoins que je récuse. Elles n'ont pas menti, mais elles se sont trompées, elles ne se sont pas rendu compte; mal placées pour voir, elles ont mal vu, sans qu'il soit besoin d'insister de nouveau sur le saisissement, l'émotion, l'effroi de ces femmes, en face d'une opération qui était de nature à impressionner même des âmes mieux trempées que les leurs.

Dans ces conditions, il faut absolument écarter leur témoignage.

Celui du mari ? Lui aussi, il était bien ému ! et ce n'est pas non plus un témoin qui puisse nous donner la certitude absolue que nous devons exiger.

Reste alors la sage-femme.

C'est dans sa déposition que nous trouvons un doute ; car elle n'est pas aussi formelle qu'on pourrait le souhaiter dans l'intérêt du docteur Laporte. Mais, malgré sa restriction, sa déposition plaide en faveur du médecin. Elle n'affirme pas, mais elle dit « je crois » ; eh bien, moi aussi, je crois. Il faudrait, en effet, supposer une incroyable inexpérience, pour pouvoir admettre que le docteur Laporte n'ait pas du tout guidé ses instruments. Je sais bien que, dans un de ses motifs, le jugement constate qu'il pratiquait, pour la première fois, une opération difficile. Mieux eût valu évidemment qu'il fût plus expérimenté et qu'il la pratiquât pour la troisième fois ; mais, pour cela, je ne connais pas d'autre moyen que de commencer par la première et de continuer par la seconde. Et puis, le tribunal a peut-être un peu oublié que l'inexpérience, c'est le péché des jeunes, que tous, nous l'avons été, et que tous, plus ou moins, nous regrettons peut-être de ne plus l'être, même au risque d'avoir un peu moins d'expérience !

Je laisse donc de côté ce grief d'inexpérience et je maintiens qu'il n'est pas admissible que le prévenu, surtout en se servant d'un instrument aussi défectueux, n'ait pas songé à le guider.

D'ailleurs, les experts constatent qu'il a atteint le crâne de l'enfant à un endroit qui semble impliquer que l'aiguille a été dirigée. Seulement, comme je l'ai déjà indiquée, une échappée s'est produite ; et alors, cette échappée — car c'est là où il en faut revenir — constitue-t-elle une faute, tombant sous la loi pénale ? Pour moi, je ne puis pas l'admettre. Nulle part, du reste, les médecins experts ne l'ont dit ; nulle part ils n'ont, dans leur rapport, prononcé le mot d'imprudencé ou de négligence. J'ai bien vu qu'ils y avaient parlé d'un défaut d'habileté, mais le défaut d'habileté n'est pas prévu par l'article 319. J'y ai vu aussi que le docteur Laporte n'avait pas eu « la prudence désirable » ; mais, ne pas avoir la prudence désirable, implique encore qu'on a usé d'une certaine prudence, et de là à l'imprudencé coupable il y a loin.

Par conséquent, comme vous le disait M^e Henri Robert, dans le rapport des experts, dans ce travail si attaqué, si critiqué (puisque, à la solidarité médicale, dont cette affaire a donné la preuve, on n'a fait exception que pour eux) dans ce travail pourtant si réservé, si modéré, encore une fois, il n'y a pas même dans celles des appréciations qui peuvent sembler les plus sévères un élément juridique, de nature à constituer un délit et à faire tomber le docteur Laporte sous l'application des articles 319 et 320 du code pénal. Et, pour arriver à cette conclusion, je n'ai même pas

besoin de relever tout ce que le rapport contient de favorable au prévenu, le milieu où il opérait, les difficultés de toute nature qu'il rencontrait, la défectuosité de l'instrument employé, les exemples de pareils accidents, déjà constatés par la science.

Voilà, Messieurs, ce que je voulais vous dire. Je l'ai fait d'une façon très rapide, presque trop sommaire, pour ne pas abuser inutilement de votre bienveillante attention; je vous demande cependant, avant de m'asseoir, la permission de résumer l'impression qui me paraît se dégager de ce procès.

Suivant moi, c'est une affaire très triste, très malheureuse, à tous les points de vue. Elle est d'abord très triste pour le docteur Laporte; il n'est que juste d'en convenir. Seulement, s'il est vrai qu'à mon sens les actes qui lui sont reprochés ne tombent pas sous le coup de la loi pénale, il y a eu cependant de sa part un défaut d'habileté, une certaine inexpérience, un excès de nervosité (nous en avons encore la preuve tout à l'heure), toutes choses qui sont excusables, que la loi ne condamne pas, mais qui ont contribué, dans une certaine mesure, à entraîner la mort de la dame Fresquet, d'une mère de famille dont l'existence était sinon indispensable du moins très utile à tous les siens.

Or cette mort est aussi, Messieurs, un fait très malheureux et très triste; et la justice, à qui on ne peut pas reprocher d'être trop soucieuse du respect de la vie humaine, avait, en principe, quelque raison de s'en préoccuper, de s'en émouvoir. Mais quand elle l'a fait, elle s'est trouvée en présence d'une défense... je ne parle pas de celle de mon honorable contradicteur, dont nous avons une fois de plus apprécié ici le talent, la modération et le dévouement... mais en présence d'une défense extrêmement ardente, extrêmement vive, dans laquelle on a cherché à faire dévier le débat, à jeter le doute sur des faits qui, pour moi, sont certains, évidents. Et alors, plus on contestait ces faits, plus on semblait vouloir les nier, plus aussi le tribunal devait supposer qu'ils avaient de l'importance, de la gravité; et ainsi, par cette appréciation erronée de faits, suivant moi évidents, on est arrivé à conduire les premiers juges à une appréciation erronée des principes juridiques qui devaient dicter la solution de ce procès.

Heureusement, Messieurs, nous sommes ici, dans une atmosphère plus calme, plus recueillie, nous pouvons nous ressaisir, et donner à l'affaire son véritable caractère et sa véritable physionomie.

Je ne demande pas qu'on nous en sache gré, parce que nous ne faisons que notre devoir comme les premiers juges ont cru faire le leur et nous nous bornons à remplir le rôle que la loi

nous a confié, en instituant des tribunaux d'appel; mais ce que je demande — et en cela je ne serai peut-être pas trop exigeant — c'est que, avant de se livrer à des attaques aussi véhémentes aussi passionnées, avant de se lancer dans des récriminations acerbes contre la justice, on attende qu'elle ait dit son dernier mot et rendu la décision définitive que nous venons tous, avec confiance et respect, solliciter de votre juridiction souveraine.

VII. — Arrêt de la Cour d'appel.

Audience du 4 mars 1898.

« La Cour :

« Considérant que le 11 septembre dernier, à onze heures du soir, le D^r Laporte a été requis, comme médecin inscrit au service médical de nuit pour le quartier de Charonne, afin de procéder à l'accouchement de la femme Fresquet, demeurant 23, rue Courat :

« Considérant que la femme Fresquet avait été prise depuis la veille des douleurs de l'enfantement, que la rupture de la poche des eaux s'était produite dans l'après-midi du 11, et que, dès huit heures du soir, la sage-femme du bureau de bienfaisance, la demoiselle Matrepierre, sachant que la femme Fresquet, mère de quatre enfants vivants, avait dû subir quatre fois l'application du forceps dans ses cinq accouchements précédents, avait, en prévision d'un accouchement laborieux, demandé l'assistance d'un médecin;

« Considérant qu'en raison de la réglementation du service médical de nuit, le sieur Fresquet, sans ressources, gagnant péniblement sa vie et celle de sa famille, en vendant de la pâtisserie sur la voie publique, avait été obligé d'attendre jusqu'à onze heures du soir pour obtenir l'assistance gratuite du médecin;

« Que Laporte, à son arrivée, mis au courant de la situation par la sage-femme, constata une présentation du sommet, la tête fœtale étant fixée au détroit supérieur du bassin, légèrement rétréci, on reconnut que le cordon faisait procidence depuis plusieurs heures; l'enfant, dont les battements du cœur n'étaient plus perceptibles, devait être mort à ce moment;

« Considérant que Laporte après avoir fait chloroformer la parturiente tenta, d'abord, pour la délivrer, trois applications infructueuses du forceps; qu'il se résolut alors à pratiquer l'opération de la craniotomie; que, pour perforer la tête de l'enfant, il employa d'abord le craniotome formé par la pointe aiguë de la

branche dévissée de son forceps, mais qu'avec cet instrument, il ne put pénétrer jusqu'à la tête fœtale, en raison de la situation qu'elle occupait; que, n'ayant pas d'autre instrument à sa disposition, il demanda à Fresquet sa boîte à outils, dans laquelle il choisit : une aiguille à matelas longue de 21 centimètres et demi, un ciseau à froid et un marteau;

« Considérant qu'après avoir introduit, à plusieurs reprises, l'aiguille à matelas dans les parties génitales, il réussit à faire sur le crâne et sur le pariétal droit de petites perforations, par lesquelles se produisit un léger écoulement de substance cérébrale, n'amenant qu'une diminution insuffisante du volume de la tête.

« Que Laporte recourut, alors, à l'introduction du ciseau à froid, sur lequel il tapotait avec le marteau, mais que ces instruments lui furent aussitôt arrachés des mains par le mari et une voisine, la femme Houbert, présents à l'opération et effrayés par cet emploi d'instruments inusités; qu'à ce moment la femme Fresquet, cessant d'être sous l'influence du chloroforme, se réveilla et qu'une dernière contraction fit apparaître la tête de l'enfant, que Laporte réussit à amener par une quatrième application du forceps; que Laporte, après avoir délivré la parturiente, se retira vers deux heures et demie du matin, persuadé, ainsi qu'il l'a déclaré, qu'il avait réussi une opération particulièrement difficile;

« Considérant que dans la journée du lendemain, la femme Fresquet avait le ventre ballonné et douloureux; que, trente-six heures après, elle n'avait pas uriné et que la sage-femme dut pratiquer un sondage qui n'amena que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide; que dans la journée du 13, la malade dut être transportée à l'hôpital Tenon, où elle succomba, le 14, à huit heures du matin;

« Considérant que le procès-verbal de l'autopsie, à laquelle il a été procédé par le Dr Socquet, constate que la mort de la femme Fresquet a été la conséquence d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie;

« Considérant que le professeur agrégé Maygrier, adjoint après l'autopsie par M. le juge d'instruction au Dr Socquet, a également constaté les lésions de l'utérus et de la vessie, découvertes à l'autopsie et évidentes sur les pièces enlevées, consistant en deux perforations, dont l'une occupait la face antérieure du col de l'utérus et la face postérieure de la vessie et dont l'autre, intéressant la partie latérale droite de la vessie, faisant communiquer cet organe avec le péritoine, amenant l'écoulement de l'urine dans le ventre;

« Considérant que l'examen de l'utérus et de la vessie, qui ont été conservés, a permis aux deux experts d'affirmer, sans hésitation, qu'en raison de leur siège et de leur caractère anatomique, ces perforations linéaires et verticales, situées à la même hauteur, en regard l'une de l'autre, infiltrées de sang, à bords absolument nets, étaient certainement d'origine traumatique et ne pouvaient être confondues, soit avec des ruptures spontanées, s'étant produites par compressions dans le travail de l'enfantement, soit avec des lésions déterminées par des aiguilles osseuses du bassin, sur lequel, d'ailleurs, le Dr Socquet n'a pas constaté, à l'autopsie, l'existence de ces lésions anormales; que les experts ont reconnu que cette double perforation avait été produite par une seule atteinte d'un instrument piquant et élargi à sa base, tel que l'aiguille à matelas, dont Laporte a fait usage au cours de l'opération de la craniotomie;

« Considérant que Laporte, lui-même, au moment de l'autopsie, à laquelle il assistait, a reconnu que la vessie avait été perforée au cours de son opération, qu'il n'avait aucune objection à soulever contre les constatations faites par le Dr Socquet, ajoutant qu'il reconnaissait la matérialité des faits; que quelques jours plus tard, il déclarait encore au juge d'instruction qu'il avait le souvenir d'être allé un peu trop loin avec l'aiguille, sans s'être rendu compte à ce moment d'avoir atteint la vessie et d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré, et que c'était alors qu'il avait abandonné l'aiguille pour se servir du ciseau à froid;

« Considérant qu'en présence des constatations décisives des experts, commis par justice, confirmées par les déclarations mêmes du prévenu, on ne saurait mettre en doute que le Dr Laporte ait, par des lésions faites au cours de l'opération de la craniotomie, involontairement causé la mort de la femme Fresquet; mais que, pour statuer sur la prévention relevée contre lui, il faut, en outre, rechercher, si ce fait établi constitue à sa charge, dans les circonstances où il s'est produit, une faute lourde, caractérisant le délit d'homicide par imprudence ou maladresse, punie par l'article 319 du Code pénal, visé par la poursuite;

« Considérant que, pour arriver à une appréciation équitable de la responsabilité engagée par le résultat funeste de l'opération, il faut tout d'abord mettre en relief que, au point de vue de l'indication clinique de cette opération, les experts concluent expressément qu'en commençant par appliquer le forceps et en se décidant, après les applications infructueuses du forceps, à recourir à la craniotomie le Dr Laporte s'est conformé aux indications que

comportait la situation et a observé, sur ce point, toutes les règles de l'art de l'accouchement ;

« Qu'ils déclarent, même, qu'en raison de la nécessité urgente de l'intervention, il était autorisé, comme bien des praticiens l'ont déjà fait avant lui et comme le rappellent à ce sujet les traités classiques d'obstétrique, à recourir à tout instrument quelconque approprié, qui se trouvait sous sa main, justifiant ainsi l'emploi de l'aiguille à matelas qui a causé les lésions mortelles ;

« Considérant que, le défaut d'aseptisation des différents instruments employés en cours d'accouchement n'étant pas reconnu comme une des causes de la mort de la femme Fresquet, cette négligence, reprochée à Laporte, doit être écartée du débat ;

« Considérant que le jugement retient, contre le prévenu, un premier grief, que n'avait pas relevé le réquisitoire du ministère public, en lui reprochant, comme une faute grave, de n'avoir pas cherché à s'assurer, avant de procéder à une opération difficile qu'il tentait pour la première fois, le concours d'un second médecin ;

« Mais, considérant que les experts constatent, dans leur rapport, que la longueur du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant, étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement ;

« Qu'appelé tardivement comme médecin du service de nuit, dont le règlement ne prévoit pas dans son texte l'appel ou concours d'un second médecin, auprès d'une femme qui avait manifesté sa volonté de faire ses couches chez elle et qui, d'ailleurs, à ce moment n'était pas transportable sans sérieux danger, Laporte se trouvait, selon l'expression de M. le professeur Maygrier à l'audience, acculé, après les applications infructueuses du forceps, à ce dilemme terrible : ou ne pas faire l'opération et laisser la femme succomber, ou faire dans des conditions particulièrement difficiles l'opération, qui offrait la seule chance de salut pour la parturiente ;

« Que ces considérations dégagent pleinement de ce chef la responsabilité de Laporte, que les experts approuvent de n'avoir pas hésité à accepter ainsi la mission pénible de délivrer, seul, cette femme, chez elle, dans les conditions les plus défavorables ;

« Considérant que le jugement retient contre l'appelant une seconde faute commise au cours de l'opération, faute qui aurait consisté à introduire directement l'aiguille dans les organes génitaux en se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire, au lieu de prendre la précaution indispensable d'assurer la direc-

tion voulue de l'instrument en le guidant profondément sur les doigts de manière à amener sûrement, sans déviation dangereuse, la pointe en contact avec le crâne fœtal qu'il cherchait à perforer ;

« Mais considérant que le seul examen des lésions ne permet pas aux experts de reconnaître si elles sont le résultat d'un accident opératoire ou d'une faute opératoire ;

« Qu'ils déclarent, en effet, que ces mêmes lésions utérines ou vésicales pourraient avoir été produites, alors même que l'instrument aurait été protégé, avec tout le soin nécessaire, par la main de l'opérateur ; qu'elles peuvent, dès lors, ne révéler qu'un accident opératoire, qui n'est pas sans exemple dans la science ;

« Que les experts font d'ailleurs observer que ces lésions étaient difficiles à éviter avec un instrument, tel que l'aiguille à matelas, autorisé par l'urgence de la situation, mais incommode à manier et à diriger avec sûreté, en raison de sa ténuité, et qu'il n'est pas surprenant qu'une échappée ait pu se produire du côté des parties molles de la mère au cours de son introduction répétée ;

« Qu'il résulte de ce qui précède que c'est en dehors des constatations techniques des experts, et seulement dans les témoignages des assistants et les déclarations du prévenu, que peut être recherchée la preuve judiciaire de la faute opératoire imputée à celui-ci ;

« Considérant, à cet égard, que deux voisines, la femme Houbert et la femme Delanoé déclarent bien que Laporte introduisait directement l'aiguille dans les parties sexuelles sans aucune précaution et sans la guider d'une façon quelconque ;

« Mais, considérant que la Cour ne saurait attacher assez de confiance à ces témoignages pour les accepter comme la justification suffisante d'une prévention de la nature de celle qui est relevée contre le Dr Laporte ; qu'il suffit, en effet, pour mettre en garde, sinon contre la sincérité, au moins contre la témérité des affirmations de ces deux femmes, de rappeler d'abord les circonstances dans lesquelles elles ont pu voir procéder l'opérateur, ensuite les inexactitudes matérielles signalées dans leurs déclarations ; et enfin l'exagération même des termes de ces déclarations, exagération qu'expliquent, à la fois, les défiances éveillées chez les assistants par l'attitude et le langage de Laporte, n'ayant pas su dominer en leur présence sa nervosité naturelle, surexcitée par la gravité de la situation, en qui ils avaient bientôt reconnu un opérateur novice, et l'émotion inspirée à tous par l'emploi dans ces conditions d'instruments inusités pour délivrer la parturiente ;

« Que la sage-femme, d'ailleurs, dont le témoignage offrirait

plus de garantie de compétence, mais qui, occupée à l'administration du chloroforme, n'a pu distinguer nettement les détails de l'opération, a déclaré qu'elle croyait, sans pouvoir toutefois l'affirmer, que Laporte, quand il a introduit l'aiguille, s'est servi du doigt indicateur pour la diriger;

« Considérant, d'autre part, qu'on ne saurait opposer à Laporte, ainsi que l'ont fait les premiers juges, un aveu résultant de ses déclarations dans l'information; que, s'il a bien reconnu n'avoir pas vérifié avec le doigt la perforation du crâne produite par l'aiguille, il a toujours protesté devant le magistrat instructeur et à l'audience contre la faute opératoire qui lui était reprochée;

« Considérant, au surplus, que l'intégrité des organes de l'appareil génital, constatée à l'autopsie, après quatre applications du forceps et l'emploi du ciseau à froid et alors que l'opérateur a réussi, au cours de la craniotomie, à faire suivre à l'aiguille à travers ces organes le parcours nécessaire pour arriver jusqu'à la tête fœtale qu'il a perforée, ne permet pas facilement d'admettre, quelque complète que fût la dilatation chez la parturiente, que Laporte ait pu procéder à l'introduction de l'instrument sans lui imprimer une direction voulue et obtenue;

« Considérant, enfin, qu'il faut s'attacher à ce motif péremptoire que les experts, même en tenant pour constantes les affirmations ci-dessus écartées par la Cour, des témoignages reçus dans l'information dont ils avaient eu communication et qu'il ne leur appartenait pas de discuter, sont arrivés à des conclusions consignées en ces termes dans leur rapport écrit :

« Laporte, en accouchant la femme Fresquet et notamment en « pratiquant la craniotomie, n'a pas opéré avec la *prudence* et « l'*habileté* *DÉSIRABLES*. »

« Que les experts ont tenu à préciser le sens et la portée de ces conclusions en faisant ressortir l'ensemble des circonstances atténuant à leur avis, dans la plus large mesure, la responsabilité du médecin qu'ils reconnaissaient comme engagée, dans les conditions et les termes qui viennent d'être rappelés, par l'issue fatale de l'opération;

« Que le professeur Maygrier a ainsi résumé ces circonstances dans sa déclaration à l'audience :

« Il y a lieu de tenir compte : 1° des conditions absolument « déplorables de milieu, d'entourage, d'assistance et d'aide matérielle, dans lesquelles, appelé déjà trop tardivement, Laporte a « eu à intervenir, seul, livré à lui-même, au milieu de la nuit; « 2° de son inexpérience en matière de craniotomie, car il pratiquait cette opération pour la première fois et était cependant

« impérieusement obligé de la faire, puisqu'elle constituait la
« seule chance de salut pour la parturiente; 3° de l'instrumenta-
« tion défectueuse qu'il a eue à sa disposition et telle que des
« accidents opératoires pouvaient être à redouter même entre
« des mains plus expérimentées. »

« Considérant qu'il suffit de mettre les termes de ces conclu-
sions des experts en regard du texte de l'article 319 du Code pénal,
pour reconnaître qu'il n'est pas rapporté à la charge de l'appel-
lant la preuve suffisante d'un fait de nature à engager sa respon-
sabilité pénale dans les termes de l'article susvisé;

« Par ces motifs,

« Infirme le jugement dont est appel; décharge l'appelant des
condamnations prononcées contre lui;

« Renvoie Laporte des fins de la poursuite sans dépens »

Présidence de M. BENOIT.

SÉANCE DU LUNDI 4 AVRIL 1898.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

M. le PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M^e Danet s'excusant de ne pouvoir venir faire sa communication portée à l'ordre du jour.

M. CONSTANT donne lecture du rapport de la Commission chargée de la revision du traité de publication du *Bulletin de la Société de médecine légale*.

M. MOTET demande que ce rapport, vu son importance, soit imprimé et distribué pour la prochaine séance; la discussion sera ainsi beaucoup plus facile.

La proposition de M. Motet est adoptée.

AFFAIRE LAPORTE

M. le professeur POUCHET. — Le procès-verbal de la séance précédente porte que la Société a voté, à l'unanimité des membres présents, l'ordre du jour proposé par M. Constant.

Ayant signé la feuille de présence, je compte, naturellement, parmi les présents; mais j'avais dû, en raison de mes fonctions à la Faculté, quitter la séance avant que l'ordre du jour ci-dessus eût été proposé et je tiens à dire que je ne l'aurais pas voté, tel qu'il était libellé.

M. PINARD (*lisant*). — « Dans la dernière séance de la Société de médecine légale, tenue le 14 mars et à laquelle je n'ai pu assister étant retenu par mes fonctions à la Faculté de médecine, se sont passés *deux faits* d'ordre différent, quoique reliés par une certaine connexité, qui, tous les deux, me visent, soit directement, soit indirectement. Ce n'est pas seulement parce que suis personnellement en cause que j'ai demandé la parole et que je prie la Société de m'entendre; c'est surtout parce que ces faits ont une importance qui dépasse de beaucoup celle des personnalités mises en jeu, comme j'espère vous le démontrer.

Le premier fait consiste en ceci :

Au début de la dernière séance, M. Benoit, conseiller à la Cour d'appel, président de la Société de médecine légale, demanda spontanément à M. Socquet s'il était vrai que ses conclusions relatives à l'affaire Laporte eussent été inexactement reproduites dans un article de la *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie*. M. Socquet ayant répondu qu'effectivement ses conclusions avaient été tronquées et inexactement reproduites, la Société vota l'ordre du jour que je me permets de vous rappeler textuellement

« La Société de médecine légale *ayant pris connaissance*, à propos d'une expertise récente, *des documents officiels et les ayant rapprochés des documents publiés* à l'appui des attaques dirigées par certains journaux scientifiques contre M. le Dr Socquet, constate que ces derniers documents ont été incomplètement et inexactement rapportés, ce qui était de nature à égarer l'opinion publique. »

Messieurs, c'est bien M. le Dr Varnier, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux, qui a publié ces documents, mais c'est moi seul qui les lui ai communiqués. Donc c'est moi seul qui suis responsable de cette publication.

Dans ces conditions et avant toute explication, je demande où

et comment la Société a pris connaissance des documents officiels contenus dans le dossier Laporte, déposés aux archives du greffe des appels correctionnels et les a rapprochés des documents publiés dans la *Revue d'obstétrique et de pædiatrie* ?

M. BENOÎT. — L'ordre du jour de la dernière séance comprenait la lecture d'un travail de MM. Maygrier et Socquet, intitulé : *Lésions traumatiques de la vessie dans un accouchement artificiel, au point de vue médico-légal*. Tout le monde a pu comprendre qu'il s'agissait de l'affaire Laporte. Or, j'avais entendu dire que le Dr Socquet se plaignait de ce qu'on avait travesti sa déposition devant le juge d'instruction et qu'on le rendait ainsi responsable de l'arrestation du Dr Laporte. Comme il s'agissait d'un collègue qui jouit, au tribunal et ici, de l'estime de tous, je lui ai demandé s'il était vrai qu'on se fût servi contre lui de documents inexacts.

La Société n'avait pas à rechercher si MM. Maygrier et Socquet avaient tort ou raison dans leurs affirmations relatives à la nature des lésions de la vessie de la dame Fresquet. Mais on accusait M. Socquet d'avoir amené l'arrestation du Dr Laporte en affirmant par écrit sa culpabilité dans les termes suivants : « Laporte, en pratiquant cet accouchement, a agi avec imprudence, maladresse et inobservation des règles de l'art. »

Or, M. Socquet niait avoir écrit ce document et affirmait qu'il n'avait fait qu'un rapport verbal, dans lequel, notamment, il s'était exprimé ainsi : « Laporte, en pratiquant cet accouchement, parait avoir agi avec imprudence, négligence, et inobservation des règles de l'art. »

C'est de cette question seule que la Société s'est occupée.

M. PINARD. — Monsieur le Président, je vous remercie des explications que vous avez bien voulu me donner ; mais ce ne sont point là celles que je demandais.

L'ordre du jour vise toutes les pièces que nous avons rapportées ; je demande donc à la Société si elle a comparé toutes les pièces et si elle a constaté que toutes les pièces ont été incomplètement et inexactement rapportées.

M. CONSTANT. — On n'en a comparé qu'une seule, celle qui est intitulée, par M. Varnier : *Rapport sommaire d'autopsie*.

M. PINARD. — Si une seule pièce a été comparée et reconnue inexacte, on n'a pas le droit de dire que toutes les pièces ont été incomplètement et inexactement rapportées.

M. BENOÎT. — Il est certain que dans l'ordre du jour le mot *les* est employé à tort. Il est regrettable que M. Pinard n'ait pas assisté à la dernière séance, car il eût fait alors les observations qu'il nous présente en ce moment et la discussion actuelle aurait été évitée.

M. PINARD. — Si j'ai manqué à la dernière réunion, c'est que j'étais retenu comme membre du jury d'agrégation. En ce moment nous sommes en vacances, mais si je n'eusse pas été libre, j'aurais demandé la remise de la séance du concours, tant je tenais à venir faire ici la lumière.

Je le répète : du moment qu'une *seule* pièce est discutée, la Société a eu tort en adoptant un ordre du jour qui tend à faire croire que *toutes* les pièces ont été incomplètement et inexactement rapportées ; aussi je viens lui demander de rectifier son erreur.

Tous ceux qui me connaissent comprendront que je ne veuille pas m'abaisser à repousser les insinuations malveillantes que comporte l'ordre du jour voté par la Société.

Ma seule réponse sera la suivante : *Nous avons publié intégralement et scrupuleusement toutes les pièces qui ont été fournies par la défense*, source qu'indiquait le Dr Varnier au début de sa publication.

J'ai fait, Messieurs, ce que la Société n'a pas fait. Je suis allé prendre connaissance des textes officiels et je les ai comparés avec les textes publiés.

Et voici le résultat de cet examen :

1° Le procès-verbal d'autopsie, rédigé par M. Socquet — à tête reposée — compris au dossier, est absolument le même que celui qui a été publié par la *Revue d'obstétrique et de pædiatrie*.

2° Le procès-verbal d'autopsie avec conclusions, signé Socquet, est absolument le même que celui publié par la *Revue d'obstétrique et de pædiatrie*.

3° Le rapport signé de MM. Maygrier et Socquet, qui se trouve au dossier, est absolument le même que celui qui a été publié par la *Revue d'obstétrique et de pædiatrie*.

Donc, j'ai acquis la preuve que des quatre documents publiés par nous, trois déjà sont la reproduction *exacte et complète* des pièces officielles.

Et je vous ferai remarquer, Messieurs, que toute la discussion scientifique du Dr Varnier porte sur deux de ces trois pièces : les procès-verbaux d'autopsie avec conclusions concernant la mère et l'enfant, signés : Socquet.

Ainsi voilà un premier point établi d'une façon incontestable : le procès-verbal d'autopsie signé Socquet, celui dont les conclusions sont les suivantes :

« 1° *La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie (perforation utéro-vésicale et vésico-péritonéale).*

« 2° Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant tel que l'aiguille placée sous scellé n° 5. »

Ce procès-verbal, dis-je, a été fidèlement reproduit dans toutes ses parties.

Des quatre documents fournis par la défense en voilà déjà trois reconnus complets, rigoureusement exacts.

Reste le quatrième document relatif aux conclusions sommaires document ainsi reproduit (voir *Revue*, p. 290, l. 2°) :

« Je viens de pratiquer devant vous, en présence de l'inculpé, Laporte, l'autopsie du cadavre de M^{me} Fresquet.

« Voici mes conclusions sommaires :

« Laporte, en pratiquant cet accouchement, a agi avec imprudence, maladresse et inobservation des règles de l'art et a ainsi involontairement causé la mort de la dame Fresquet.

« Signé : Socquet. »

Ce document qui, comme les trois autres, m'a été donné par la défense et qui se trouve être écrit de la main même de M^e Henri Robert, je ne l'ai pas retrouvé dans le dossier qui était au Parquet.

Mais en compulsant le dossier officiel de l'instruction, voici ce que j'ai lu et copié moi-même :

« 1° Le Dr Socquet déclare que vous êtes coupable d'imprudence, de maladresse et d'inobservation des règles de l'art.

« 2° L'autopsie de la dame Fresquet est ordonnée et, devant vous, le Dr Socquet constate que la péritonite qui a entraîné la mort est le résultat de la double perforation faite avec l'aiguille à matelus. »

M. BENOIT. — Ces documents sont postérieurs de beaucoup à celui auquel M. Varnier a fait allusion. Ce sont des phrases qui se trouvent dans des pièces de l'instruction non signées par M. Socquet.

M. PINARD. — Qui parle ainsi ? M. Bertulus, juge d'instruction. Avais-je besoin alors de retrouver le rapport sommaire ?

Et c'est le médecin légiste autorisant ou laissant faire de semblables choses que la Société veut couvrir de son autorité ?

Je m'adresse à tous mes collègues et je leur pose la question suivante : Avez-vous, par votre ordre du jour, voulu donner un blanc-seing à de pareils agissements ?

J'ai, comme M. le Président, entendu dire quelque chose. On a dit que le médecin expert avait eu la main forcée par le juge d'instruction.

Mais si cela est, où allons-nous ? Que devient, dans ces conditions, le rôle du médecin expert ?

Je croyais qu'ici, plus que partout ailleurs, on était pénétré des

principes dont ne doit jamais s'écarter le médecin expert ; je croyais qu'ici on proclamait que le médecin, même et surtout investi d'un mandat de la justice, ne devait jamais obéir qu'aux injonctions de la science et de la conscience ?

Mais si le médecin expert n'a subi aucune pression, si c'est bien spontanément qu'il a donné de telles armes au juge d'instruction, ou qu'il les lui a laissé prendre, je me demande à quelles règles de déontologie il a obéi ? Je me demande ce que va penser le corps médical en apprenant que le confrère que la justice devait absoudre plus tard, le médecin expert l'a laissé traiter en inculpé, s'il ne l'a traité lui-même ainsi. Je vous en ai donné la preuve.

Laissez-moi croire que vous, qui savez combien le rôle du médecin expert est difficile à remplir, qui voulez, avec raison, que cette mission soit entourée de respect, mais offre toutes les garanties, laissez-moi croire, dis-je, que vous avez obéi — comme cela arrive quelquefois dans les assemblées — à un sentiment irréflecti de solidarité.

J'en suis tellement convaincu que j'attends avec confiance la détermination que vous ne pouvez manquer de prendre et qui m'évitera, je n'en doute pas, une protestation.

Le deuxième fait concerne la communication qui vous a été faite par MM. Maygrier et Socquet sous ce titre : *Lésions traumatiques de la vessie dans un accouchement artificiel, au point de vue médico-légal.*

Je ne discuterai pas, en détail, cette communication. Je me bornerai à vous démontrer qu'elle ne peut avoir aucune valeur. Et voici pour quelles raisons :

Ces messieurs n'apportent rien de nouveau dans ces communications. Les constatations de M. Maygrier, quelle que soit la valeur scientifique de notre confrère, sont entachées de nullité par ce fait capital qu'il n'a pas assisté à l'autopsie de la dame Fresquet.

Et je me permets de lui dire : « Je ne comprends pas que vous ayez accepté, que vous acceptiez de faire des rapports médico-légaux dans ces conditions. »

J'admets très bien qu'un expert chimiste fasse un rapport sur des viscères qu'on lui apporte dans des bocaux sous scellés, au point de vue de la recherche des substances contenues dans ces viscères. Mais qu'au point de vue de la constatation des lésions que peuvent présenter les organes on accepte de faire un rapport médical, alors qu'on n'a pas assisté à l'autopsie et qu'on se contente de voir des pièces manipulées, je ne l'admettrai jamais pour ma part et j'aime à penser que la Société de médecine légale partage absolument mon opinion.

Si M. Maygrier avait assisté à l'autopsie et surtout s'il l'avait

pratiquée lui-même, je suis certain qu'il aurait examiné le bassin, je suis certain qu'il aurait trouvé les lésions produites en dehors de la vessie par l'instrument qui, soi-disant, a embroché la vessie.

Vous savez tous trop bien dans quelles conditions doit se faire scientifiquement une autopsie médico-légale pour que j'insiste sur ce point. Ce que je viens de dire suffit à expliquer aussi pourquoi je n'ai pas cherché à voir les pièces moi-même. Vous n'ignorez pas combien il m'a été reproché de n'avoir pas demandé à les examiner. Ce reproche, je ne l'accepte pas, car mes constatations auraient présenté autant de valeur que celles de M. Maygrier, c'est-à-dire qu'elles auraient été nulles.

Il en est de même, du reste, de celles que l'on peut faire sur la pièce dessinée qui vous a été montrée.

Mais il est un point sur lequel je désire insister quelque peu.

Dans cette communication je lis : *Nulle part nous n'avons affirmé que c'était sûrement à l'aiguille à matelas que le traumatisme était dû.*

J'avoue, Messieurs, que je me demandai tout d'abord si j'avais bien lu.

Je recommençai la lecture : j'avais bien lu ! Mais que vont penser alors toutes les personnes qui assistaient à l'audience du 19 octobre, tenue à la 9^e chambre du tribunal correctionnel, et qui ont, comme moi, entendu ces paroles : *Les perforations ont été faites par l'aiguille à matelas et en une seule fois.*

Si je me trompe, j'attends un démenti de ceux qui assistaient à l'audience.

Mais, messieurs les experts, si vous abandonnez l'aiguille à matelas, que devient ce passage de votre rapport ?

« L'instrument employé était donc certainement défectueux ; il était, de plus, difficile à manier et à diriger avec sûreté en raison de sa ténuité, et il n'est pas surprenant qu'une échappée ait pu se produire au cours de son introduction répétée, du côté des parties molles de la mère (perforations du col de l'utérus, de la vessie en deux endroits, découvertes à l'autopsie et reconnues par Laporte ; l'une des perforations vésicales s'ouvrait dans le péritoine). » (Rapport Maygrier et Socquet.)

Si vous abandonnez l'aiguille, comme vous avez reconnu que les autres instruments étaient trop courts pour atteindre la tête de l'enfant, il ne reste comme cause de la perforation que le *perforateur du forceps*, instrument classique ; et alors que devient ce passage de votre deuxième conclusion : « Il (le Dr Laporte) a déterminé en se servant, il est vrai, d'un instrument défectueux... »

Tout se vaut, du reste, dans cette communication où l'on peut encore lire :

« Ainsi que l'a très bien exprimé M. l'avocat général, en faisant allusion à la situation des lésions, « on ne veut pas dire qu'elles sont d'une horizontalité absolue, mais elles sont situées dans un même plan horizontal et en regard l'une de l'autre. »

Ainsi, MM. les experts en sont réduits, pour faire comprendre leur description des lésions de la vessie (que personne n'avait comprise), à emprunter la traduction faite par M. l'avocat général ! Ce spectacle touchant, de la magistrature venant en aide à l'expertise, nous avait, du reste, frappé pendant les audiences du tribunal correctionnel et de la cour d'appel. Et quand M. l'avocat général Blondel a dit : « Si cette affaire nous a donné la preuve de la solidarité qui existe entre médecins, on n'a fait d'exception à cette solidarité, il faut bien en convenir, que pour les médecins experts », j'ai pensé que ces derniers trouveraient peut-être une consolation dans la solidarité qui se faisait jour entre experts et magistrats. Que dis-je, solidarité ? J'ai tort ; c'est à une pénétration complète ou plutôt encore à une substitution que nous avons assisté et qui rendait souvent difficile, pendant les débats, la distinction à faire entre « magistrats et médecins », et entre « médecins et magistrats ».

J'en ai fini avec le deuxième fait ; mais si je vous ai montré les médecins experts évoluant sur le terrain de l'accusation, il importe également, au point de vue du but que je poursuis, de vous montrer les magistrats évoluant sur le terrain de la médecine.

Déjà, dans la séance du 14 juin, j'ai protesté, et là en faveur d'un médecin expert, contre le considérant suivant formulé dans un jugement :

« Attendu que l'expert a négligé de procéder à l'examen chimique du sang, dont la composition est, d'après tous les auteurs qui se sont occupés de médecine légale, un indice des plus certains de l'accouchement récent... »

Je ne vous répéterai pas ce que j'ai dit en cette circonstance.

Cette tendance de la magistrature à faire de la médecine s'est accusée plus que jamais dans l'affaire Laporte. C'est ainsi que se trouvent, dans le jugement rendu par le tribunal correctionnel, des attendus dans le genre de celui-ci :

« Attendu... que les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale, autant que possible maintenue par la main d'un aide placée sur le ventre, et que le perforateur tenu de la main droite de l'opérateur doit être guidé et appuyé, jusqu'à la place où il agira, sur les doigts indicateur et médius de la main gauche... »

Ceci est, si je ne me trompe, une leçon de technique opératoire.

Dans un autre ordre d'idées, cette propension à juger des choses purement médicales a fait considérer par M. le président Richard une craniotomie comme un travail de boucher, n'admettant pas qu'on pût broyer une tête d'enfant dans le ventre de sa mère.

A la cour d'appel même, où, je me plais à le dire et à le proclamer, les éminents magistrats que j'ai pu entendre ont fait preuve envers le Dr Laporte d'autant de tact que de bienveillance, où j'ai pu juger de l'élévation des sentiments du président Potier et du conseiller rapporteur Ayraud, l'empiètement sur le terrain de la médecine n'a pas fait défaut.

Je vous ai montré tout à l'heure M. l'avocat général Blondel s'occupant de la direction des perforations vésicales ; mais lisez son réquisitoire, publié et répandu à profusion par un journal médical ; vous verrez que les trois cinquièmes au moins de ce réquisitoire portent sur les discussions médicales. Vous verrez M. l'avocat général affirmer que les perforations sont traumatiques, que pour lui c'est certain. (Il ne nous a pas dit cependant s'il avait vu les pièces.)

Je l'ai entendu dire, pour prouver qu'en somme le Dr Laporte n'était pas fort : « Mais enfin, Messieurs, ses autres confrères avaient réussi là où il n'a pu réussir. » A ce propos, je dois à M. l'avocat général Blondel des excuses. Je n'ai pu m'empêcher de sourire en l'entendant prononcer ces paroles, et ce sourire, bien qu'à peine visible, a paru le contrarier vivement. Je lui en demande pardon, mais je me permets de lui conseiller de ne plus parler médecine devant des médecins, car, s'il a fait preuve d'éloquence, il a montré également que ses connaissances laissent au moins autant à désirer en obstétrique... que les miennes en jurisprudence.

L'arrêt lui-même, qui acquitte notre confrère, évolue, en dehors du terrain de l'expertise, sur le terrain médical dans nombre de considérants. Il admet l'accident opératoire ; c'est bien. Mais je répète que cet accident opératoire n'a été scientifiquement démontré par personne, pas même par M. l'avocat général.

Je répète que les perforations, même présentant des bords linéaires, ont pu être spontanées.

On a écrit « qu'en faisant porter mon argumentation sur ce fait que les lésions ne pouvaient être traumatiques, qu'il s'agissait de lésions spontanées, je semblais admettre que si les perforations

eussent été traumatiques elles entraîneraient fatalement la culpabilité de l'inculpé (1) ».

Je ne saurais assez protester contre une pareille insinuation.

L'hypothèse de la perforation spontanée me paraissant vraisemblable, l'évidence de la perforation traumatique ne me paraissant nullement établie et encore moins prouvée, je me suis rallié à l'hypothèse de la perforation spontanée et je reste sur ce terrain. S'il eût été prouvé que les lésions fussent d'origine instrumentale, avec l'intégrité de l'appareil vulvo-vaginal constatée, j'aurais défendu l'accident opératoire et essayé de démontrer que cet accident peut arriver à tous les opérateurs, même aux plus habiles. Mais, encore une fois, dans l'espèce, l'accident opératoire n'est pas du tout démontré scientifiquement.

Messieurs, vous vous étonnez peut-être de ma ténacité à revenir sur cette affaire. J'ai pour excuse l'importance qui s'y attache ; je n'ai pas d'autres raisons, pour agir ainsi, que celles qui me sont dictées par le devoir. Il ne s'agit pas ici de questions de personnalités ; il s'agit de tous les médecins et de tous les malades.

Ce qui vient de se passer montre qu'il est urgent de modifier l'expertise, si l'on veut que soit respecté le libre et plein exercice du droit que donne le diplôme, si l'on ne veut plus voir se reproduire cette chose monstrueuse : l'arrestation d'un médecin qui, dans l'exercice de ses fonctions, n'a pas eu d'autre but que de sauver son semblable. »

Une réforme nécessaire, indispensable, urgente, s'impose. J'espère que la Société de médecine légale voudra bien, par sa puissante et légitime autorité, rendre cette réforme prochaine.

M. CHARPENTIER. — Nous avons tous vu les pièces, utérus, vessie, vagin ; comme je l'ai déjà dit, les lésions sont bien d'origine traumatique et elles ne sauraient être dues à des aiguilles osseuses. En effet, ces aiguilles siègent sur les parois antérieures ou latérales, tandis que, dans le cas particulier, les lésions de la vessie siégeaient sur le segment postérieur, à l'exclusion des parties latérales. Il ne peut y avoir de doute à cet égard.

M. PINARD. — M. Charpentier dit qu'il n'y a pas de perforations latérales ; mais c'est contraire au rapport d'autopsie de M. Socquet. Du reste, toute discussion à ce sujet est inutile, puisqu'elle ne repose pas sur l'examen des pièces *en place*.

M. CHARPENTIER. — Quand une plaie est à la face postérieure d'un organe, l'objet vulnérant ne peut être situé à la face antérieure de cet organe.

(1) Voir l'*Obstétrique*, p. III et ailleurs, 15 mars 1898.

M. PINARD. — C'est *en place* qu'il aurait fallu les voir. Je ne reprendrai pas une discussion forcément stérile.

M. SOCQUET. — Le nom de M. Pinard n'avait pas été prononcé dans toute cette discussion. Aujourd'hui il prend la responsabilité de cette campagne, tandis que jusqu'alors il s'en était défendu.

M. PINARD. — Je défie de citer quoi que ce soit dans mes paroles qui puisse justifier une pareille allégation, contre laquelle je proteste énergiquement. La solidarité entre M. Varnier et moi a toujours été complète et absolue.

M. SOCQUET. — J'ai toujours protesté contre ce soi-disant rapport sommaire. Le 30 mars, j'écrivais au rédacteur en chef du *Bulletin médical* la lettre que voici :

« M. Varnier termine sa lettre du 28 mars par la phrase suivante :

« Le D^r Socquet a-t-il écrit de sa main, signé et remis à M. le juge d'instruction un papier contenant un rapport sommaire ? Ou bien n'a-t-il fait que déposer des conclusions orales au cours de sa confrontation avec Laporte, conclusions uniquement consignées de la main du greffier ? »

« Ma réponse sera nette :

Non, je n'ai jamais écrit, ni signé, ni remis à M. le juge d'instruction un papier contenant un rapport sommaire (rapport de sept lignes).

« Oui, j'ai déposé des conclusions orales, qui ont été consignées de la main du greffier. »

M. Varnier a fait à cette lettre la réponse suivante :

« Enfin M. Socquet répond à la question par moi posée dès le 20 mars.

« Je n'ai plus qu'à ajouter le renseignement suivant et, en ce qui me concerne, le débat sera clos :

« La copie communiquée par la défense à M. Pinard, comme rapport sommaire du D^r Socquet, que j'ai publiée dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie* du 31 octobre dernier (page 290, lignes 1 à 7), est *tout entière de la main de M^e Henri Robert*. Il l'a transcrite lui-même sur une note prise dans le dossier par un copiste, dont tout le travail a été reconnu mathématiquement exact. »

Quel est ce mystérieux copiste ?

Qui a reconnu l'exactitude mathématique de son travail ?

A la Cour d'appel, à l'audience du 28 février, à laquelle assistait M. Pinard, il y eut un incident d'audience qu'il n'a pu oublier. Alors que M^e Robert lisait le fameux rapport sommaire, le président lui fit remarquer que ce texte n'était pas exact, et l'honorable défenseur dut le reconnaître. Que devient alors l'affirma-

tion de M. Varnier « *que le travail du copiste a été reconnu (PAR QUI?) MATHÉMATIQUEMENT exact* » ?

Ce rapport sommaire, je le répète, n'a jamais existé. Sa production est une manœuvre de diffamation contre moi.

Quant à prétendre que j'ai eu la main forcée par le juge d'instruction, je ne sais qui a pu répandre pareille calomnie. Je n'y répondrai même pas.

En somme, j'ai déposé d'abord mes conclusions, puis fait ensuite mon rapport. Des pièces versées au débat, 307 lignes, dites-vous, sont exactes, et 7 fausses ; les premières sont à nous et ont fait acquitter Laporte, les secondes sont à vous. Gardez-les.

Quant à la discussion scientifique, je n'y reviendrai pas, surtout en l'absence de M. Maygrier.

Du reste, nous maintenons toutes nos conclusions.

M. BENOIT. — Il me semble que, pour montrer à M. Pinard notre esprit de conciliation, la Société pourrait voter l'ordre du jour suivant qui complète et précise l'ordre du jour de la dernière séance :

« La Société de médecine légale ayant pris connaissance, à propos d'une expertise récente, des documents officiels et les ayant rapprochés des documents publiés à l'appui des attaques dirigées par certains journaux contre M. le Dr Socquet, constate que le document intitulé *Une extraordinaire pièce médico-légale* et duquel on tirait l'argument qu'aux yeux du Dr Socquet la culpabilité du Dr Laporte ne faisait pas de doute, a été incomplètement et inexactement rapporté, ce qui était de nature à égarer l'opinion publique. »

M. CONSTANT. — Je suis l'auteur de l'ordre du jour qui a été voté dans la précédente séance. J'estime qu'il n'y a rien à y retrancher, car les observations de M. Pinard, qui seront publiées dans notre *Bulletin*, modifieront suffisamment le sens du texte voté. Si on s'en tenait à l'ordre du jour pur et simple, certainement il pourrait induire en erreur ; mais comme il est précédé d'une discussion qui indique bien qu'un seul document est visé, il n'y a pas lieu, à mon avis, de le modifier.

M. le professeur POUCHET. — Je ne suis pas du tout de cet avis ; il y a peu de chance qu'on lise la discussion intégrale ; il est plus que probable qu'on s'en tiendra à l'ordre du jour déjà voté, et dans ce cas l'erreur signalée par M. Pinard persistera. Aussi je me rallie au texte proposé par M. le Président.

M. DANET. — Si on doit voter le texte présenté par M. le Président, je demanderai à la Société d'exprimer avec plus de regret que des accusations graves aient été portées contre un expert au moyen d'une note dont on ne trouve pas trace dans le dossier. Il

est profondément regrettable qu'un journal de médecine ait publié une pièce dépourvue de certificat d'origine certaine, et je demande l'expression de ces regrets.

M. BENOIT. — Il ne s'agit pas d'une pièce forgée, mais d'un document qui aurait été tronqué. Il s'agit bien de la déposition de M. Socquet, qu'on a appelée rapport sommaire, mais qui volontairement ou involontairement a été mal copiée.

M. PINARD. — Je tiens à faire remarquer que dès le début M. Varnier a bien spécifié que *les quatre pièces nous avaient été fournies par la défense* et que leur publication, faite par lui avec cette mention, date de *cinq mois*.

M. MOTET. — Nous n'avons eu ici qu'un seul souci : défendre un collègue, objet d'attaques vraiment imméritées. Nous aussi nous avons fait de la solidarité. Mais il me semble que pour donner satisfaction à M. Pinard il n'y aurait qu'à mettre au singulier les pluriels qui sont dans le texte de notre précédent ordre du jour.

M. BENOIT. — M. Charpentier propose l'ordre du jour suivant :

La Société, après avoir entendu les observations de M. Pinard et la réponse de M. Socquet, décide qu'il n'y a pas lieu de modifier son précédent ordre du jour.

L'ordre du jour de M. Charpentier mis aux voix n'est pas adopté ; et la Société adopte, à la majorité, l'ordre du jour présenté par le président M. Benoit.

La séance est levée à 5 heures et demie.

SÉANCE DU 16 MAI 1898.

Présidence de M. BENOIT.

La correspondance comprend, en outre des périodiques habituels, une lettre de M. PERRIN DE LA TOUCHE sollicitant le titre de membre correspondant.

La demande est renvoyée à une Commission composée de MM. Briand, Christian et Moreau.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait connaître qu'à la fin du Congrès de Moscou, une Commission permanente a été nommée en vue de préparer les travaux du Congrès international qui doit se tenir à Paris en 1900. Cette Commission s'est subdivisée en sections autonomes. La section de médecine légale s'est déjà réunie sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait appel à tous les membres de la Société, auxquels il demande des indications pour l'élaboration d'un programme, et pour le choix des questions qui pourraient y être inscrites. La liste de ces questions sera communiquée dans la prochaine séance. Chacune d'elles sera traitée par un rapporteur français; mais les membres étrangers du Congrès seront sollicités d'envoyer aussi des rapports qui seront discutés en séances du Congrès.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ LES ALIÉNÉS

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Par M. le Docteur **Briand**.

Dans la vie ordinaire, lorsqu'une personne majeure est ou se croit atteinte d'une affection susceptible de nécessiter une opération chirurgicale, elle fait appeler un chirurgien qui lui donne un conseil dicté par la gravité du mal et la chance de survie à l'opération. Le patient, qui jouit de son libre arbitre, reste toujours en dernier ressort, après une ou plusieurs consultations, le seul juge de l'opportunité de l'intervention chirurgicale, à laquelle il demeure libre de se soumettre. Il n'y a d'exception à cette règle que dans le cas où, à la suite d'un grand traumatisme cérébral, ou une grave complication survenue soudainement dans une maladie antérieure, le sujet se trouve dans un état d'obnubilation intellectuelle, plus ou moins voisin du coma. Le chirurgien doit alors se laisser guider uniquement par sa conscience et considérer comme un consentement tacite l'impossibilité où le blessé se trouve de donner son assentiment à l'opération qui va être tentée pour le rappeler à la vie.

S'il s'agit d'un enfant, c'est la volonté de ses père et mère ou de son tuteur qui se substitue à la sienne, et personne ne trouve qu'il y ait dans cette substitution un abus d'autorité de la part des parents.

Cette autorité peut cependant s'exercer au point de refuser à un enfant le bénéfice d'une intervention qui lui sauverait la vie. C'est un fait avéré que certains parents ont préféré voir mourir leur enfant plutôt que de lui faire subir une opération devant être suivie d'une difformité.

A l'hôpital civil, les rapports du patient et de l'homme de

l'art restent les mêmes que dans la famille. En cas de désaccord, le chirurgien, s'il a la conviction que la guérison du mal n'est possible qu'au prix d'une opération, est tout au plus en droit de mettre son malade en demeure d'opter entre son *exeat* et son consentement à l'opération.

A l'hôpital militaire, les conditions ne sont pas beaucoup changées, si ce n'est par cette circonstance que le malade n'a pas le choix du médecin dont il recevra les soins et qu'il ne peut quitter l'hôpital. Le médecin qui l'opérera lui est imposé par des circonstances indépendantes de la volonté de l'un et de l'autre.

C'est la seule atteinte morale qui soit portée à la liberté individuelle des militaires. Elle remonte, en fait, au jour de son incorporation dans l'armée.

Les prisonniers jouissent à peu près de la même liberté que le soldat.

En est-il de même pour les aliénés séquestrés dans les asiles?

Avant de répondre à la question, examinons quel est le statut personnel de l'aliéné.

L'aliéné, comme le prisonnier, est privé de sa liberté (loi du 30 juin 1838) et, de même que le prisonnier ou le militaire, il n'a pas le choix du médecin qui lui donnera ses soins.

Si nous recherchons comment il a pu être privé de sa liberté, nous trouvons qu'il a été placé à l'asile soit en vertu de sa propre demande, d'une demande de la famille ou même d'un étranger plus ou moins en relation avec lui (article 8 de la loi du 30 juin 1838), soit en vertu d'un arrêté préfectoral (article 18 de la même loi). Nous sommes ainsi amenés à nous demander si la nature du placement doit influencer sur la décision du chirurgien.

Le docteur Billod (1) fait une distinction, que nous regrettons de rencontrer sous la plume de cet éminent adminis-

(1) Billod, *Annales médico-psychologiques*, mai 1896, p. 368.

trateur, entre les aliénés placés volontairement dans les maisons de santé privées ou dans les pensionnats joints aux asiles publics et ceux des asiles publics. Il nous est difficile de comprendre pourquoi la règle ne serait pas la même pour les aliénés riches, médiocrement fortunés ou pauvres. Nous citons textuellement (1) : « L'obligation d'informer les familles et de leur demander l'autorisation de pratiquer sur les malades une opération jugée nécessaire est beaucoup plus stricte à l'égard des malades placés dans les maisons de santé qu'à l'égard de ceux qui sont traités dans les asiles publics... » Billod conclut : « On peut établir cette règle que pour les aliénés placés volontairement, en vertu de l'article 8 de la loi, dans les maisons de santé, le devoir et, je crois pouvoir ajouter, l'intérêt des chefs de ces établissements, est de prendre l'assentiment des familles, dans le cas où une opération est jugée nécessaire ; qu'il en est de même pour les aliénés placés au même titre dans les pensionnats des asiles publics ; que pour les aliénés placés dans ces derniers établissements, le médecin remplit un devoir de convenance en prévenant les familles et en leur demandant leur adhésion écrite et, qu'en cas de refus, il doit passer outre, sauf à couvrir sa responsabilité par une consultation de plusieurs médecins étrangers à l'établissement. »

Il semble résulter de ces conclusions que, si les familles ne donnent pas leur assentiment à une opération chirurgicale nécessaire, les aliénés des maisons de santé ne seront pas opérés, tandis que ceux des asiles publics peuvent l'être même contre le gré de leur famille.

N'est-il pas curieux de constater que la distinction établie par le regretté médecin directeur de Vaucluse est tout à l'avantage de l'aliéné soumis au régime commun, puisque c'est l'opportunité de l'opération qui, seule, entrera dans la balance à l'exclusion de sa propre volonté ou de celle de

(1) *Loc. cit.*, p. 379.

sa famille? Était-ce bien la conséquence à laquelle Billod prétendait aboutir? — Nous ne le croyons pas, et nous pensons qu'il voulait plutôt accorder le privilège de l'*habeas corpus* aux seuls aliénés séquestrés dans les maisons de santé ou les pensionnats. Peut-être espérait-il faire disparaître, au moins pour les classes riches, l'infériorité dans laquelle ils se trouvent vis-à-vis du malade ordinaire, qui peut toujours choisir le médecin auquel il se confie, puisque ces aliénés riches ont toujours la faculté de changer d'établissement, si l'opération qu'on leur propose ne leur convient pas. Cette latitude n'est pas permise aux indigents d'un département où n'existe qu'un seul asile. — Quoi qu'il en soit, la formule appliquée à l'aliéné de l'asile public est peut-être meilleure à retenir que l'autre, car elle nous paraît mieux en rapport avec le véritable intérêt des aliénés.

La famille, en effet, a-t-elle qualité pour donner une opinion sur une question dans laquelle elle ne peut réellement être considérée comme partie ni être juge, et cela en raison même de son incompétence? — Qu'entend-on, d'ailleurs, par famille? — Se limite-t-elle aux ascendants, descendants, frères et sœurs, mari ou femme? Ou bien comprendra-t-elle tous les parents susceptibles d'hériter? — Ce serait aller un peu loin dans l'interprétation, parce que les décisions de certains alliés seraient dictées par le sentiment qu'inspire souvent un parent fou, qui déshonore, croit-on, la famille et dont, circonstance aggravante, on est héritier.

S'il y a désaccord entre les ayants droit, qui les départagera? — Le conseil de famille, ainsi que le prescrit le paragraphe 7 de l'article 14, en ce qui concerne les demandes de sortie? — Qu'advient-il alors du malade pendant l'accomplissement des formalités? — Ce sont là autant de questions qui, n'étant pas susceptibles d'une solution identique, ne doivent pas être posées! On ne peut cependant feindre d'ignorer qu'elles existent.

Est-il encore nécessaire de faire remarquer que, par analogie avec le *modus faciendi* du placement volontaire qui

peut être sollicité à défaut de la famille par un étranger, on arriverait à cette conséquence au moins bizarre qu'un étranger, mis par le hasard sur le chemin d'un aliéné dont, par humanité, il aura signé la demande de placement, serait appelé à décider si cet aliéné subira ou ne subira pas telle ou telle opération !

Le rôle du chirurgien vis-à-vis de l'aliéné a été discuté tout dernièrement dans une autre enceinte et a donné lieu, devant la Société de chirurgie, à un échange de vues montrant toute l'importance de la question que nous soulevons aujourd'hui.

Nous estimons, pour notre part, que les raisons déterminantes de l'intervention chirurgicale, loin d'être empruntées à des considérations étrangères au malade, doivent uniquement découler de son observation étroite, à l'exclusion de toute autre préoccupation.

Lorsque l'aliéné compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes, c'est par un arrêté préfectoral qu'il est privé de sa liberté. Les parents n'interviennent en rien dans la détermination prise par l'autorité administrative. La famille est légalement ignorée du médecin qui, en fait, ne la connaît souvent pas. Le chirurgien appelé en consultation par le médecin traitant ne peut donc, dans ce cas, provoquer l'avis des parents. Il ne s'inspirera, dans sa détermination, que de l'état mental de l'aliéné et de la gravité des lésions matérielles qui mettent en question son intervention.

Tiendra-t-il compte du refus que pourra lui opposer l'aliéné? — Nous voudrions ne traiter notre sujet qu'au point de vue strictement légal; mais il est bien difficile d'en écarter le côté déontologique, surtout à une époque où l'on discute l'opportunité de la création d'un ordre de la médecine, car il est bien évident que, si cet ordre venait jamais à voir le jour, les grandes lignes de la déontologie actuelle serviraient de base statutaire à tous les essais tentés dans cet ordre d'idées. Aussi devons-nous préciser par quelques exemples les problèmes fort embarrassants qui se

présentent dans la pratique de la médecine mentale. Ils se rencontrent tout aussi fréquemment dans les placements d'office que dans les placements volontaires. Néanmoins, la facilité laissée à l'aliéniste de rendre purement et simplement à sa famille tout aliéné inoffensif placé volontairement coupe court à toute difficulté en créant une échappatoire dont profitera le médecin soucieux de s'éviter des ennuis.

Le médecin ne peut recourir à la même solution en face d'aliénés séquestrés d'office par l'autorité administrative qui peut seule les rendre à la liberté.

Ce sont ces cas qui deviennent très embarrassants et dont quelques-uns seront rappelés utilement à titre d'exemple.

Voici tout d'abord une jeune fille majeure atteinte d'un délire de persécution à début brusque. Plusieurs médecins, aliénistes ou gynécologistes, qui la virent en province, ayant constaté dans son utérus l'existence d'un volumineux corps fibreux et pensant que les troubles de la menstruation paraissaient devoir être invoqués dans l'étiologie de sa folie, conseillèrent de tenter l'hystérectomie.

La malade fut amenée par sa famille à un chirurgien de Paris qui la prit en observation dans son service. Bientôt l'agitation de l'aliénée ne permit plus de la conserver à l'hôpital où elle devenait un danger et le préfet de police la séquestra d'office dans un asile. Là on put constater que la folie allait s'aggravant en même temps que le corps fibreux déterminait des métrorragies plus inquiétantes. Le médecin traitant et un chirurgien appelé en consultation furent d'avis qu'une hystérectomie s'imposait. L'aliénée, quoique lamentablement persécutée, était très lucide et se refusait à toute opération, malgré les plus vives instances du père, de la mère et d'une sœur. La malheureuse invoquait, pour expliquer sa résistance, des arguments reposant sur des raisons vraisemblables, mais dictées par son délire de persécution. « Ma sœur, objectait-elle, a tout intérêt à me faire opérer, parce que si je meurs elle héritera seule de nos parents. » Cette constatation était matérielle-

ment exacte ! Mais ce qui ne l'était pas c'était de croire que les encouragements de cette sœur fussent inspirés par un pareil sentiment. « Mes parents ? Ne suis-je pas majeure ? Ça ne les regarde pas ! » C'était encore vrai. Ce qui l'était moins c'est la pensée qu'un père et une mère pussent se désintéresser de la santé et de la folie de leur enfant. Le cas était embarrassant. La malade, dont l'état physique devenait de plus en plus inquiétant, fut opérée et guérit de son affection utérine. Les troubles intellectuels seuls, hélas ! persistèrent.

Si les métrorragies utérines n'avaient pas tranché la question en forçant la main de l'opérateur par les dangers qu'elles faisaient courir à cette femme, devait-elle être quand même opérée ? Le problème est des plus embarrassants. Nous penchons néanmoins pour l'affirmative, parce que plusieurs hommes de l'art qui l'avaient vue étaient d'avis qu'il y avait une relation de causalité entre son fibrome et sa folie. Nous ne croyons pas que le médecin puisse trouver une justification à sa temporisation dans le refus d'un aliéné de subir une opération, quand il est évident que ce refus est lui-même causé par le trouble profond des facultés intellectuelles. La folie est une des affections les plus épouvantables qui frappent l'humanité. Le médecin doit tout mettre en œuvre pour la combattre, même contre le gré de l'aliéné qui demeure presque toujours, il ne faut pas l'oublier, dans l'ignorance complète de son état mental.

Si cette femme s'était améliorée, elle aurait pu quitter l'asile avant complète guérison et, poussée par ses idées de persécution, tenter une action en dommage-intérêts au chirurgien qui l'a opérée. Que serait-il advenu ? — Nous l'ignorons. C'est aux magistrats qui nous entendent que nous demandons une réponse ; mais ce qui nous tranquillise, c'est que cette même aliénée, si on ne l'eût pas opérée, aurait pu tout aussi volontiers, mais avec plus de raison, se plaindre de ce qu'on l'eût privée de la seule chance qu'elle eût conservée de guérir et de sa folie et de sa maladie utérine.

Il n'est pas rare, vous le savez, messieurs, que les aliénés sortis des asiles s'adressent aux tribunaux pour obtenir des indemnités à la suite de prétendus préjudices qui leur ont été causés. Ce sont tantôt les médecins, tantôt les directeurs d'asile, tantôt les administrateurs provisoires de leurs biens qui sont pris à partie.

Un aliéniste des plus distingués eut à se défendre devant les tribunaux d'avoir illégalement séquestré un aliéné qui, après évasion, avait trouvé un homme d'affaires pour prendre sa cause en main. Le médecin dut prouver qu'il n'était pour rien dans les sensations électriques ressenties par son malade, quand celui-ci se promenait dans Paris, et que jamais il ne l'avait empoisonné !

Un de nos maîtres fut poursuivi par une mère de famille, à propos d'un certificat délivré sur la demande de l'autorité judiciaire pour la nomination d'un conseil de famille pendant que cette aliénée était en traitement dans un asile.

Un chirurgien des plus scrupuleux de notre connaissance se vit aussi l'objet d'une demande d'indemnité considérable de la part d'un aliéné auquel il avait enlevé un testicule cancéreux. Mû par un sentiment des plus honorables, l'opérateur avait pris soin de remplacer l'organe absent, comme cela se fait toujours en pareil cas, par un testicule artificiel, en laissant croire au malade qu'il avait pu le lui conserver. Plus tard l'aliéné apprit la charitable supercherie et déposa contre le chirurgien une plainte qui fut instruite. Ce savant confrère n'en a pas encore fini avec son fou qui continue à lui écrire de province des lettres menaçantes.

Nous n'en finirions pas si nous voulions passer en revue tous les cas analogues qui se sont présentés ou qui sont susceptibles de se présenter dans la pratique médicale.

De semblables mésaventures sont moins désagréables à Paris qu'en province parce qu'ici le Parquet, mieux éclairé par la multiplicité des cas qui lui sont soumis, les ramène à leur juste valeur. Il n'en est pas toujours de même en province, où de jeunes magistrats moins au courant des mœurs

des aliénés en liberté prennent parfois leurs dires, qui sont souvent vraisemblables, pour des réalités.

Si nous recherchons quelle est, en matière d'intervention chirurgicale, l'opinion des chirurgiens qui ont le plus approché les aliénés, nous trouvons cette explication formulée par MM. Pozzi et Picqué (1), chirurgiens des asiles de la Seine, dans un rapport adressé au Préfet de la Seine sur le service qui leur est confié :

« Les diagnostics difficiles, soumis à l'appréciation du chirurgien, écrivent-ils, sont fréquents, et leur nombre en augmente naturellement chaque jour. Ils ont trait le plus souvent à des traumatismes si fréquents dans les asiles ou à des questions d'opportunité opératoire chez des malades qui ne sont que temporairement internés : sous le premier rapport, ce sont de nombreux cas de fractures préarticulaires compliquant des entorses ou des contusions articulaires, ou bien encore des luxations compliquant des fractures ; ce sont des plaies au voisinage des cavités viscérales ou articulaires, toutes questions délicates d'où dérivent des traitements particuliers, ou des interventions spéciales et dont la solution, importante pour le malade, mais souvent difficile, exige toute l'attention du chirurgien. Quant aux cas d'opportunité opératoire, qui nous sont soumis, ils présentent à résoudre les mêmes facteurs que dans la pratique courante. Établir une indication chirurgicale est chose malaisée dont nous n'avons pas à faire ressortir ici toutes les difficultés.

« Mais ici, une nouvelle difficulté se présente qui exige toute la compétence des médecins aliénistes et leur précieux concours dans nos interventions opératoires.

« La population des établissements d'aliénés comprend en effet deux catégories bien distinctes : 1° les incurables, qui doivent rester indéfiniment dans l'asile ; 2° les malades qui ne sont internés que pour un temps très limité, ceux qui

(1) Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pendant l'année 1892.

viennent des services de chirurgie des hôpitaux et dont le nombre est considérable. Ce sont les malades qui sont susceptibles de reprendre la vie ordinaire et qui ont plus particulièrement besoin de la sollicitude du chirurgien.

« ... Si l'on prend en bloc les opérations pratiquées dans les asiles dans les huit dernières années, on voit qu'elles ont eu pour but et pour résultat :

« 1° De guérir des malades en danger de mort, quel que soit leur état mental (inflammations diverses, kélotomie).

« 2° De prolonger l'existence, de conserver un membre ou un organe important, de guérir radicalement des malades susceptibles de guérison mentale.

« 3° D'amender souvent ou de guérir quelquefois même certaines affections mentales. »

Ces quelques lignes empruntées à deux chirurgiens dont la compétence professionnelle ne saurait être mise en doute, montrent l'importance de la question qui nous est soumise. Il en résulte que si, d'une part, aucune opération ne doit être décidée à la légère, encore moins chez l'aliéné que chez l'homme sain d'esprit, il ne faut pas oublier, d'autre part, que certaines opérations ont pu rétablir l'équilibre dans un état mental défectueux. Est-on autorisé à tenter dans certains cas ces opérations à l'insu d'un aliéné ou malgré lui, avec ou sans l'assentiment de sa famille ?

Toute la question est là !

Nous n'ignorons pas qu'en médecine légale chaque cas particulier, susceptible de donner une interprétation différente d'une autre, en apparence très voisin, doit être examiné et que nous ne saurions tirer de conclusions fermes en restant dans les généralités.

Néanmoins, comme nulle autre Société n'a plus de compétence que la vôtre pour discuter une semblable question, je suis venu la poser devant vous, non pas, messieurs, dans la pensée qu'il pourra y être répondu par des conclusions fermes, mais parce que les avis que vous voudrez bien exprimer et qui, ne comportant aucun vote, ne sauraient en-

gager la Société, seront recueillis avec avidité par le praticien désireux de mettre d'accord ses droits, ses devoirs et sa conscience avec l'intérêt bien entendu des aliénés qui lui sont confiés.

M. PICQUÉ. — Depuis quinze ans, je suis préoccupé par l'importante question qui vient d'être soulevée par M. Briand. Je demande à y faire une réponse, avec l'importance qu'elle comporte, dans une prochaine séance.

M. VALLON. — Je ne puis admettre pour ma part le criterium que semble proposer M. Briand, à savoir qu'il faut intervenir quand le délire est sous la dépendance de l'affection chirurgicale et s'abstenir dans le cas contraire. En effet, il est souvent très difficile de dire si, chez un aliéné atteint d'une affection chirurgicale, le délire est en rapport avec cette affection. A mon avis, la ligne de conduite doit être la suivante : intervenir seulement quand il y a urgence et nécessité.

M. PICQUÉ. — Je crois que la formule est beaucoup moins simple que ne le pense M. Vallon. Tout le monde est d'accord sur ce point que l'intervention chirurgicale ne saurait être discutée dans les cas urgents. M. Briand me semble avoir écarté ces cas à juste titre. Ainsi qu'il le montre, la difficulté commence en face des aliénés curables et atteints d'affections chirurgicales chroniques, mais qui sont encore curables par une opération; et qui ne le seront peut-être pas si l'on attend le bon vouloir de l'aliéné. Il ne faut pas oublier qu'il est inconscient de son état et par conséquent qu'il n'est pas apte à juger sainement son cas.

Il ne faut pas d'ailleurs oublier que des héritiers trop pressés se sont refusés à laisser opérer des parents pour une affection qu'ils savaient devoir déterminer la mort dans un délai plus ou moins éloigné. Ce sont ces faits que je tiens à signaler, car ils sont plus fréquents qu'on ne le suppose. J'estime par conséquent que les aliénés doivent être souvent défendus par le médecin contre leurs proches, parfois trop intéressés à s'élever contre tout ce qui pourrait améliorer leur situation.

La législation des aliénés offre à cet égard une lacune, qu'il serait désirable de pouvoir combler.

M. LE PRÉSIDENT. — A première vue, il me semble que les aliénés devraient être traités comme des mineurs.

M. DEMANGE. — Je voudrais que M. Picqué formulât un texte précis à ajouter à la loi de 1838 et qu'on pourrait discuter.

M. PICQUÉ. — Ce texte découlera plus naturellement de la dis-

cussion de la question soulevée par M. Briand et dont il deviendra la conclusion ; c'est pourquoi je demande à m'inscrire pour répondre à la communication de M. Briand.

Affaire Laporte. — LE PRÉSIDENT consulte la Société sur l'opportunité de publier dans le *Bulletin* les détails complets de l'affaire Laporte : il demande à la Société de médecine légale si elle est d'avis d'autoriser le trésorier à payer les frais d'impression de deux feuilles supplémentaires.

La proposition est adoptée.

La séance est levée à six heures.

SÉANCE DU 13 JUIN 1898.

Présidence de M. BENOIT.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique une lettre de M. le Dr Fritz Strasmann, de Berlin, sollicitant le titre de membre associé étranger.

M. Strasmann est élu à l'unanimité membre associé étranger.

M. LE Dr MINOVICCI, de Bucarest, adresse à la Société la question suivante : *Deux frères sont, l'un médecin légiste, l'autre chimiste légiste : peuvent-ils être tous les deux experts dans la même affaire d'empoisonnement ?*

M. CONSTANT. — Au point de vue purement légal, rien ne s'oppose à ce que deux frères soient experts dans la même affaire ; c'est à eux d'apprécier si cette situation ne peut pas présenter des inconvénients.

M. le Secrétaire général répondra dans ce sens à M. Minovicci.

M. MOTET fait connaître à la Société les questions choisies par la Commission chargée d'organiser la section de médecine légale au Congrès de médecine, en 1900.

M. VIBERT lit une lettre d'un médecin de province concernant *les taxes des médecins experts*.

M. MOTET. — Les rapports demandés aux médecins par les commissaires de police dans les cas de suicide, accidents, etc., sont taxés à 6 francs et payés par voie administrative. Ce ne sont pas des frais de justice. Toutefois, comme les commissaires de police sont auxiliaires de M. le procureur de la République, c'est à celui-ci qu'il conviendrait d'adresser une réclamation.

M. VIBERT. — Le nouveau tarif est appliqué par l'autorité judiciaire, mais les commissaires de police sont-ils tenus de se conformer à ce tarif ?

M. SOCQUET. — A Paris, on applique un tarif spécial fixé par le préfet de police.

M. MASBRENIER. — Pour l'examen des aliénés en province, l'autorité judiciaire applique toujours l'ancien tarif.

La Société décide que M. Motet verra, au sujet de cette affaire, M. le directeur des affaires criminelles au ministère de la justice.

M. CONSTANT lit le rapport de la Commission chargée de la révision du traité de publication du *Bulletin de la Société de médecine légale*.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. MOTET, BOUCHEREAU, LUTAUD, LEREDU, la Société adopte, avec de légères modifications, les conclusions de ce rapport :

Conclusions. — 1° A partir du 1^{er} janvier 1899, la Société publiera elle-même ses travaux dans un Bulletin qui paraîtra en dix fascicules mensuels ;

2° Le président, le secrétaire général et le trésorier de la Société sont autorisés à traiter à forfait avec un imprimeur, à raison de 40 francs, au maximum, la feuille de seize pages, tout compris. En conséquence, la Société décide, pour l'année 1899, l'ouverture d'un crédit de 400 francs affecté à l'impression du Bulletin de la Société ;

3° La Société décide qu'une table alphabétique et analytique de ses travaux, publiés depuis sa fondation jusqu'au 31 décembre 1898, sera établie sur le plan qui vient de lui être soumis, et ouvre un crédit de 300 francs pour la réalisation de ce projet, sans préjudice d'un crédit immédiat de 100 francs pour confection des fiches.

M. LE D^r GRANDJUX lit un travail ayant pour titre : *De l'intervention chirurgicale dans les hôpitaux militaires.*

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE
DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
PRATIQUÉES CHEZ LES MILITAIRES

Par M. le D^r **Grandjux.**

Les conditions dans lesquelles les interventions chirurgicales sont pratiquées chez les militaires sont généralement mal connues dans le public, et cela surtout parce que l'absence de tout document exposant la question a permis aux légendes les plus invraisemblables de prendre naissance et de se développer tout à l'aise. Il n'est donc pas sans intérêt de rétablir les faits et de montrer comment les choses se passent en réalité.

Tout d'abord, il convient de rappeler que, sauf le secret médical, le médecin militaire a, vis-à-vis de ses malades, les mêmes obligations légales que les médecins civils vis-à-vis de leurs clients. Les articles 319 et 320 du Code pénal sont applicables aux uns et aux autres, mais la juridiction compétente n'est pas la même; les médecins militaires sont, en effet, uniquement justiciables, au point de vue pénal, des tribunaux militaires (art. 56 du Code de justice militaire), sauf dans les cas prévus à propos de la complicité (1).

Les médecins militaires ne sont pas davantage affranchis de la responsabilité civile, et c'est ainsi qu'il y a quelques années, un ancien professeur du Val-de-Grâce se vit intenter des poursuites civiles par un de ses anciens opérés, qui fut, du reste, débouté de sa plainte par le tribunal de la Seine.

Donc, un premier point est acquis : le militaire ne perd, par le fait de son passage sous les drapeaux, aucun des

(1) Duponchel, *Traité de médecine légale militaire*, p. 638.

recours que la loi accorde au client qui croit avoir à se plaindre des soins médicaux qu'il a reçus.

Bien plus, comme, en cas d'accident arrivé à un militaire, la responsabilité de l'État peut se trouver engagée, celui-ci a introduit, dans la réglementation du service de santé, une série de mesures qui, tout en perfectionnant son fonctionnement, ont, en ce qui concerne les interventions chirurgicales, apporté aux malades militaires un véritable luxe de garanties, par rapport à ce qui se passe dans la vie civile.

C'est ainsi que les médecins militaires ont une responsabilité qui leur est propre ; ils répondent, vis-à-vis de leurs chefs hiérarchiques, de la bonne exécution du service dont ils sont chargés, et, de ce fait, ils sont punissables disciplinairement, dans la limite des règlements. Les chefs de la hiérarchie médicale peuvent exercer leur autorité au point de vue professionnel, de telle sorte qu'il n'y a pas que les « fautes lourdes », justiciables des tribunaux, qui soient punissables. Pour donner un exemple, si, par impossible, un médecin militaire avait voulu, en ce temps d'antisepsie et d'asepsie, maintenir quand même dans son service les « pansements sales », la fantaisie n'aurait pas duré longtemps, car il aurait fallu se soumettre ou se démettre.

Si l'on entre dans le détail du service, on voit, qu'en principe, toutes les opérations, sauf celles de petite chirurgie, ne doivent se faire qu'à l'hôpital, et point à l'infirmerie.

A l'hôpital, les médecins traitants sont obligés de consulter le médecin-chef pour toute opération importante et de lui en faire connaître les suites (1). De son côté, le médecin-chef est tenu d'informer, d'urgence, le directeur du Service de santé de tous les faits importants, au point de vue médical (2), et par conséquent des cas nécessitant une intervention chirurgicale.

De plus, étant données les différences que présentent les

(1) *Règlement sur le service de santé à l'intérieur*, art. 149.

(2) *Règlement sur le service de santé à l'intérieur*, art. 146.

hôpitaux au point de vue des ressources chirurgicales, le règlement prévoit l'évacuation des blessés sur des établissements mieux aménagés; dans les cas exceptionnels, qui semblent de nature à réclamer les soins des professeurs du Val-de-Grâce, les malades peuvent même être dirigés sur cet établissement à l'effet d'y être opérés (1).

Ces dispositions administratives, destinées à entourer toute intervention chirurgicale de garanties et de précautions spéciales, sont corroborées par les instructions du Comité de santé, guide technique des médecins militaires. Il a toujours recommandé la plus grande réserve, non seulement dans les interventions, mais même dans l'emploi des anesthésiques généraux, qui sont absolument interdits dans un but de diagnostic, même devant les conseils de révision (2).

Lorsque l'on étudie l'instruction sur l'aptitude au service militaire, on voit aisément qu'il s'en dégage la doctrine suivante :

1° Toute infirmité antérieure à l'incorporation et de nature à entraîner l'exemption doit motiver cette exemption, quand bien même une opération chirurgicale pourrait faire disparaître ladite infirmité. Ex. : hernie simple, etc. ;

2° Les infirmités survenues après l'incorporation et guérissables par une intervention chirurgicale sont considérées différemment, suivant que l'opération est ou non nécessaire pour placer l'individu dans les conditions normales de l'existence; dans le premier groupe, (corps étrangers et calculs vésicaux, rétrécissement de l'urètre, etc.), la réforme ne sera prononcée qu'après insuccès de l'intervention; dans le second (varicocèle douloureux, hernie compliquée, etc.), la constatation de la lésion suffit.

En somme, les chirurgiens militaires estiment qu'ils n'ont pas le droit d'imposer à un conscrit une opération devant

(1) *Id.*, p. 233.

(2) *Instruction du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique au service militaire*, p. 4.

remédier à une infirmité avec laquelle il consent à vivre, ni à un soldat une intervention à laquelle il ne se résoudrait pas dans la vie civile. En revanche, ils pensent qu'avant de déclarer un militaire infirme ou impropre au service, à la suite d'une maladie ou d'un traumatisme survenus après l'incorporation, on a le droit de demander à ce malade ou blessé de se soumettre à l'opération qu'il réclamerait le lendemain de sa libération.

Cette doctrine chirurgicale, si pleine de respect pour la liberté individuelle du malade, les chirurgiens militaires ne la répudient pas quand la responsabilité de l'État est en jeu. La classification des blessures ou infirmités ouvrant des droits à la pension de retraite est établie d'après ces principes (1); c'est ainsi qu'elle n'impose pas la cure opératoire, même dans les cas suivants : hernie irréductible ou très difficile à maintenir réduite, hémorroïdes volumineuses et permanentes, hématocele avec épaissement des parois vaginales, varices avec œdème ou ulcères, etc.

Tel est l'état théorique de la question; pratiquement, voici comment les choses se passent : *sauf deux exceptions, toute opération n'est pratiquée chez un militaire, ne fût-il que soldat de deuxième classe, qu'avec son consentement.*

La première exception concerne les opérations à pratiquer d'urgence chez un sujet en état d'obnubilation intellectuelle, à la suite d'un traumatisme ou d'une grave complication survenue soudainement au cours d'une maladie. Inutile de dire que cette dérogation n'est pas spéciale à l'armée.

La deuxième exception est constituée par la vaccination et revaccination qui sont imposées à tous les hommes de troupe. Nous n'avons pas qualité pour discuter la légalité de cette mesure, mais nous devons constater que son efficacité se traduit par une atténuation extrême — proche voisine de la disparition — de la variole dans l'armée (2).

(1) *Décision ministérielle*, du 23 juillet 1887.

(2) La *Statistique médicale de l'armée* pour l'année 1895 donne les

En tout cas, il importe de signaler les précautions prescrites en vue de faire disparaître les dangers que cette opération a pu entraîner avec elle. Les médecins militaires doivent se servir exclusivement de vaccin animal, préparé sous forme de pulpe glycérinée, produit d'une innocuité complète et qui n'est délivré aux corps de troupe qu'après que l'autopsie de la génisse a démontré qu'elle n'était atteinte d'aucune maladie contagieuse. Les piqûres sont faites avec des instruments stérilisés à la flamme d'alcool, ou à l'eau bouillante, ou à l'étuve, après que le bras du sujet a été lavé, savonné et essuyé avec des compresses stérilisées (1). Grâce à ces précautions, les revaccinations ne sont plus suivies d'accidents.

Ainsi donc, sauf pour la revaccination, et lorsqu'il y a urgence d'intervenir chez un sujet qui n'a pas son libre arbitre, dans l'armée, aucune intervention n'est pratiquée sans le consentement de l'intéressé. D'autre part, dans les trente années où j'ai eu l'honneur d'appartenir au corps de santé, je n'ai jamais vu, soit à l'armée du Rhin, soit à l'armée de la Loire, soit dans les colonnes du Sud algérien, soit dans les hôpitaux militaires ou les hospices mixtes, un malade refuser définitivement l'acte opératoire qui lui était proposé ; dire que tous l'ont accepté d'emblée serait contraire à la vérité, mais enfin tous s'y sont résignés. Ce n'est pas là une règle sans exceptions, mais elles seront toujours rares, et cela pour plusieurs raisons.

A la caserne, le médecin militaire représente l'atténuation aux rigueurs de la vie militaire ; c'est lui qui dispense des corvées, de l'exercice, des gardes ; c'est lui qui est le confident des petites misères et laisse s'ouvrir la porte de l'infir-

renseignements suivants, qui font bien ressortir la diminution de fréquence de cette maladie au fur et à mesure que les revaccinations se sont multipliées :

En 1875 il y a eu 613 cas avec 77 décès
1876 — 1037 — 127 —

(1) Notice n° 3 sur la pratique de la vaccination et de la revaccination dans l'armée, du 21 mai 1887.

merie; c'est lui qui demande les permissions à titre de convalescence. A l'hôpital, son rôle protecteur grandit encore: c'est lui qui tient les parents au courant de la maladie de leur enfant, c'est lui qui accorde, en réalité, les congés et prend l'initiative des réformes, des retraites, etc.; c'est, en quelque sorte, le représentant de la famille. C'est de toutes ces choses, et non de ses galons, que se fait l'autorité du médecin militaire à l'égard de ses malades; elle repose donc presque exclusivement sur la confiance et l'estime. Généralement, elles sont telles, que, de lui-même, le soldat réclame souvent, avant de rentrer dans ses foyers, l'opération qui devra mettre fin à une défectuosité dont, mieux éclairé, il apprécie désormais l'importance: circoncision, opération du strabisme, ablation de kystes, cure radicale de la hernie, etc.

Cette dernière opération est si souvent réclamée par les soldats que le Comité de santé, à propos du travail du médecin principal Delorme, intitulé: *Remarques sur une quatrième et une cinquième série de 50 cures radicales de hernies*, a cru devoir publier, dans les *Archives militaires*, la note suivante: « Le Comité croit devoir faire observer que la cure radicale de la hernie est une opération des plus délicates et engageant la vie des malades, soit par elle-même, soit par la chloroformisation profonde et très prolongée qu'elle nécessite. Cette opération exige, d'ailleurs, une grande habitude des interventions chirurgicales, des moyens matériels, des ressources instrumentales et des aides qu'on ne trouve généralement que dans les grands services hospitaliers (1). »

Cette tendance du Comité de santé à refréner plutôt qu'à exciter le zèle opératoire des chirurgiens militaires s'est affirmée plus récemment dans une note qui suit un remarquable mémoire du médecin principal Annequin, sur les *Résultats éloignés de quatre cas de fracture récente de la rotule par la su-*

(1) *Archives de médecine militaire*, 1896, n° 6, p. 452.

ture métallique, note qui se termine par ces mots : « En tout cas, l'arthrotomie avec suture osseuse, suture en lacet ou cerclage de la rotule, exige, comme condition indispensable, la certitude d'une antiseptie et d'une aseptie irréprochables. »

En donnant à leurs jeunes confrères ces conseils de prudence, les Sénateurs de la médecine militaire sont dans leur rôle et on ne saurait les en blâmer ; mais on ne peut garder les mêmes sentiments à l'égard des mœurs nouvelles introduites depuis peu dans le service de santé et que l'on peut définir : « la suspicion professionnelle de parti pris ».

A l'heure actuelle, quand un médecin militaire a le malheur de perdre un malade, il faut que, dans un rapport écrit, il démontre que sa conduite a été de tous points irréprochable, et que l'on ne pouvait agir mieux ; il faut qu'il dégage sa responsabilité, et s'efforce de faire partager sa conviction en haut lieu, à un ou plusieurs juges qui, du fond de leur cabinet et sans avoir vu le malade, n'hésiteront pas à trancher la question. Si le plaidoyer n'est pas habile, malheur à l'avocat ; il recevra par la voie hiérarchique c'est-à-dire par l'intermédiaire de ses chefs militaires, une critique de ses actes telle que sa situation professionnelle sera irrémédiablement perdue, et qu'il n'aura plus qu'une ressource : demander son changement ! Or, comme toute opération s'accompagne d'aléa, quelle que soit la valeur du chirurgien, on conçoit que les médecins militaires, à l'exception de quelques personnalités que leur notoriété scientifique met à l'abri de la critique, redoutent les interventions chirurgicales, et ne les pratiquent que la main forcée. Par suite, le corps de santé, au lieu d'être en proie à la « manie opératoire », comme d'aucuns l'en accusent, serait plutôt atteint d'« opératophobie ».

Pour terminer cette étude, il nous reste à rechercher quelles peuvent être, pour un militaire, les conséquences du refus de se soumettre à une opération.

Est-il besoin de dire que la chose n'a jamais été considérée comme un refus d'obéissance, et déferée, comme

telle, aux tribunaux militaires? Si le refus de subir une opération n'a, pour un militaire, aucune conséquence disciplinaire, il peut ne pas en être de même au point de vue de sa situation militaire d'une part, et de son recours vis-à-vis de l'État d'autre part, si l'accident initial est arrivé en service commandé.

Ce sont là des questions d'espèce, mais qu'on peut cependant élucider si l'on se reporte aux indications générales qui amènent le chirurgien à proposer une intervention, et si on les groupe ainsi : 1° opérations nécessaires pour sauver l'existence; 2° opérations orthopédiques ayant pour but de mettre les parties mutilées en bonnes conditions de fonctionnement; 3° opérations destinées à faire disparaître une infirmité.

Ce sont, peut-être, les interventions du premier groupe qui sont le plus fréquemment refusées, notamment quand il s'agit de gros sacrifices, comme celui d'un membre, sacrifices devant lesquels on recule souvent, surtout les officiers. En pareille circonstance, le refus n'est préjudiciable qu'au blessé; il augmente ses chances de mort; s'il guérit, son degré d'invalidité sera, au point de vue de l'indemnité pécuniaire, inférieur à ce qu'il aurait été après amputation. Par suite, l'autorité militaire n'a pas à connaître de ces refus.

La deuxième catégorie d'opérations vise surtout l'orthopédie des mutilations. Qu'il s'agisse d'un accident de la main ou du pied, par exemple, on se propose, en pareil cas, d'obtenir, en même temps qu'une guérison rapide, un membre pouvant permettre tout ou partie du fonctionnement normal. Tout ce que le blessé gagne ainsi est pour lui chose capitale, tandis que pour l'État, cela a bien moins d'importance, car s'il est responsable de l'accident, le *quantum* de la pension sera peu ou prou influencé par ces nuances. Dans ce cas encore, le blessé qui repousserait l'intervention opératoire proposée ne ferait du tort qu'à lui, et le commandement n'a pas à intervenir dans ces affaires.

Les faits du troisième groupe appartiennent à ces petites infirmités dont on se débarrasse d'habitude rapidement : rétrécissement de l'urètre, fistule anale, hydrocèle, etc. Il est évident que l'on ne saurait prendre à l'égard de cette catégorie de malades une solution définitive, tant qu'ils n'auront pas été soumis à la cure opératoire. S'ils repoussaient l'intervention proposée — et pour notre part nous n'en connaissons pas d'exemples — le médecin n'aurait qu'à renvoyer l'homme à son corps et à en rendre compte.

Il est probable, qu'en pareille circonstance, le commandement prescrirait de garder, jusqu'à nouvel ordre, l'individu en question au quartier et de l'utiliser dans la mesure de ses forces, en lui évitant, toutefois les exercices de nature à augmenter son infirmité. En somme, dans ce cas comme dans les précédents, le refus de se laisser opérer n'aurait d'inconvénients que pour le blessé, et n'entraînerait aucun préjudice pour l'État.

La question des interventions chirurgicales pratiquées dans l'armée peut donc se résumer dans ces termes : Les opérations sont aussi rares que possible ; inspirées par de sages doctrines, elles ne sont pratiquées qu'avec le consentement du malade, qui conserve, vis-à-vis de l'opérateur, tous les droits que la loi accorde en cas de dommage causé par un homme de l'art. Le refus de se laisser opérer est exceptionnel ; s'il se produisait, il ne donnerait lieu à aucune peine disciplinaire, mais ne pourrait, outre l'aggravation probable de l'état du blessé, qu'amener des retards dans la liquidation de sa situation militaire.

LE PRÉSIDENT remercie M. Grandjux de son intéressante communication, qui sera publiée dans le *Bulletin de la Société*.

M. CONSTANT. — Le général du Barail (1) raconte que, dans un engagement, un brigadier indigène nommé Messaoud-ben-Saïd avait eu la cheville broyée par deux balles. Le Dr Lachronique, voulant pratiquer l'amputation, le malade s'y refusait. M. du Barail,

(1) Du Barail, *Souvenirs*, t. 1, p. 426 et suivantes.

alors capitaine, va en référer au général. Le D^r Lachronique, mandé par le général, persiste dans son opinion, disant que c'est pour lui une question d'humanité, que le blessé mourra si on ne lui coupe pas la jambe. M. du Barail, estimant qu'il fallait respecter la volonté du blessé, le fait sortir de l'hôpital, le D^r Lachronique ne voulant pas le conserver sans lui faire l'amputation. Le blessé, en fait, a guéri et est simplement resté boiteux.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SÉANCE DU 13 JUILLET.

Présidence de M. BENOIT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Présentation d'ouvrage.

M. VALUDE. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de médecine légale une brochure du Dr Baudry (de Lille), traitant de la simulation de l'amaurose et de l'amblyopie et des moyens de la dévoiler.

M. Baudry n'est pas un inconnu pour la Société, et j'ai déjà eu l'honneur, en 1896, de faire ici un rapport sur un mémoire de cet auteur touchant les traumatismes de l'organe de la vision au point de vue médico-légal.

M. Baudry poursuit, on le voit, ses recherches dans le sens des travaux qui intéressent notre Société. Son mémoire actuel contient un exposé complet de tous les moyens connus, et ils sont nombreux, de déjouer la profonde habileté des simulateurs, aussi bien ceux qui feignent de ne pas voir que ceux — car il y en a — qui ont intérêt à faire croire à une vision supérieure à celle qu'ils possèdent réellement.

En outre, M. Baudry expose un procédé personnel très ingénieux, destiné à découvrir le mode de simulation le plus fréquent, l'amaurose unilatérale; ce procédé s'exécute à l'aide d'un prisme particulier dont la description détaillée se trouve dans la brochure actuelle.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique un mémoire de M. Perrin de la Touche, professeur à l'École de médecine de Rennes, sur l'*hypertrophie du thymus considérée comme obstacle à l'établissement de la respiration chez le nouveau-né*.

DE L'HYPERTROPHIE DU THYMUS

CONSIDÉRÉE COMME OBSTACLE A L'ÉTABLISSEMENT DE LA RESPIRATION
CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Par le D^r E. Perrin de la Touche,

Professeur à l'École de médecine,
Médecin expert près la Cour d'appel de Rennes.

Mon attention, appelée sur la mort subite par hypertrophie du thymus par les travaux parus dans ces dernières années (1), fut de nouveau mise en éveil par le paragraphe consacré à ces faits par le professeur Brouardel (2) et, en 1896, j'émis dans mon cours cette opinion : que l'hypertrophie thymique pourrait peut-être non seulement déterminer des phénomènes asphyxiques chez de jeunes enfants, mais peut-être aussi gêner ou même empêcher l'établissement de la respiration. En janvier 1897, j'observai le fait rapporté ci-dessous qui vient en une certaine mesure appuyer cette hypothèse. Peu de temps après, lisant l'ouvrage nouvellement paru de mon honoré maître sur *l'Infanticide*, j'y trouvai ces lignes qui me décidèrent à rédiger cette observation : « Les morts subites signalées à la suite

(1) Mussy, *De la mort chez les enfants par hypertrophie du thymus* (Médecine moderne, 1893, p. 62). — Romme, *l'Asthme thymique et la mort subite chez les nourrissons* (Tribune médicale, 1893, p. 867). — Romme, *De l'hypertrophie du thymus dans la mort subite chez les nourrissons* (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1894, p. 218). — Marfan, *Sur un cas d'asphyxie suraiguë mortelle par hypertrophie du thymus chez une fillette de deux mois et demi* (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1894, p. 361). — Piedecoq, *De la mort subite des nourrissons par hypertrophie du thymus* (Thèse de Paris, 1893-94, n° 510). — Farret, *Contribution à l'étude du thymus chez l'enfant* (Thèse de Paris, 1895-96, n° 249). — Ralé, *Mort subite d'un enfant de deux ans et demi par hypertrophie du thymus* (Bull. de la Soc. anatomique de Paris, 1897, p. 833). — Vibert, *Une cause de mort subite chez les petits enfants* (Ann. d'hyg. et de méd. lég., 1895, t. XXXIII, p. 48).

(2) Brouardel, *La mort et la mort subite*. Paris, 1895, p. 268.

d'hypertrophie du thymus par Hérard, Grawitz, Marfan, n'ont été notées que sur des enfants ayant déjà quelques mois, peut-être parce qu'on ne s'est pas préoccupé de cette possibilité chez le nouveau-né (1). »

Le 15 janvier 1897, commis par M. le juge d'instruction de Rennes, je pratiquai l'autopsie d'un enfant nouveau-né, trouvé dans un trou creusé dans un mur de grenier; le petit cadavre était enveloppé d'un torchon de grosse toile, nullement serré autour de lui.

Voici le résumé de cette autopsie :

Nouveau-né du sexe masculin, bien conformé, à terme, long de 49 centimètres et demi et pesant 2^{kg} 590; cordon déchiré à 4 centimètres de l'abdomen, pas de signes d'hémorragie; aucune trace de violences même minimes, ni extérieures, ni internes. La putréfaction est à peine commencée quoique la naissance remonte à douze jours.

A l'ouverture du thorax, mon attention est desuite attirée par les dimensions anormales du thymus, aussi large que long, mesurant 5 centimètres dans ces deux dimensions et 2 centimètres d'épaisseur et pesant exactement 17 grammes (2).

(1) Brouardel, *l'Infanticide*. Paris, 1897, p. 81.

(2) Les mensurations du thymus ont donné entre les mains des auteurs des résultats peu concordants. Ces variations proviennent vraisemblablement de ce que les mensurations ont été faites à des périodes différentes de l'évolution de la glande. Elles proviennent aussi de différences individuelles qui, pour cet organe, sont particulièrement marquées.

En longueur, le thymus mesure de 40 à 50 millimètres; en largeur de 20 à 30, selon Sappey, et seulement 12 à 14, d'après Testut (moyenne de 20 sujets). Cependant il arrive que le diamètre transversal soit beaucoup plus réduit; le thymus se présente alors comme un cordon grêle; dans d'autres circonstances, le diamètre transversal atteint le longitudinal.

Le diamètre antéro-postérieur mesure 8 à 10 millimètres, selon Sappey, 12 à 14, d'après Testut.

Il n'est pas rare de rencontrer des thymus très augmentés de volume. Dans ces conditions, la glande mesure en longueur jusqu'à 68 millimètres et de 40 à 65 millimètres de largeur (Ammann). D'une façon générale, la taille, le volume et le poids varient dans le même sens que le poids du sujet (Farret).

Les pesées ont donné des résultats aussi peu concordants. A la naissance, le thymus, d'après Haller, pèse environ 3 grammes; 8 à 12,

Ce thymus, quoique ne présentant pas les dimensions et le poids énorme signalés par quelques auteurs, me semble néanmoins d'un volume que l'on peut déjà considérer comme anormal (1).

Les poumons, peu volumineux, rouge brun, d'aspect fœtal, ne présentent pas d'ecchymoses sous-pleurales, et la docimasie pulmonaire hydrostatique donne des résultats manifestement négatifs. Par ailleurs, je ne relève rien d'intéressant à signaler dans mon rapport, dont les conclusions peuvent se résumer à ceci : Nouveau-né à terme, dont les poumons ne présentent pas de traces de respiration, aucun signe de violences.

Or, voici, en regard de ces constatations de l'autopsie, ce qu'en substance la mère a déclaré au juge d'instruction ; ces déclarations spontanées ont peut-être quelques chances d'être vraies, car elles étaient plutôt à charge contre elle que favorables à sa défense. Aussitôt après sa naissance, l'enfant a remué, mais n'a pas crié ; la femme l'a alors enveloppé dans un torchon et l'a monté de sa chambre, située au 1^{er} étage, au grenier (3^e étage), où elle l'a caché, enveloppé du torchon, dans un trou du mur. Quoique ces aïeées et venues, pour chercher le torchon qu'elle n'avait pas sous la main, et trouver dans le grenier un endroit propice où cacher son fardeau, aient demandé forcément un certain temps, la femme a encore senti nettement l'enfant agiter ses membres au moment où elle le cachait dans le trou du mur. Mais à aucun moment, dit-elle, bien qu'elle ne lui eût fait subir aucune violence, il n'a poussé le plus petit cri. Les voisins, qui ont entendu les pas et démarches de la femme, n'ont eux-mêmes perçu aucun vagissement.

d'après Haugsted ; 16 à 20, selon Merkel ; 5 à 25, d'après Kolliker et Friedleben (moyenne 13^{gr},7) ; 6 à 8 grammes, selon Sappey, et seulement 3 grammes, d'après Testut. Toutefois, les thymus augmentés de volume peuvent atteindre des poids beaucoup plus considérables (60 grammes). (Poirier, *Traité d'anatomie humaine*, t. IV, p. 561.)

(1) D'ailleurs, des thymus pesant 14^{gr},5, 16 et 11 grammes à la naissance ont déjà été considérés comme hypertrophiés par Pott, Piedecoq et Farret.

En présence de ces révélations rapprochées des résultats de l'autopsie, il me semble qu'il y a lieu de se demander si, dans ce cas, l'hypertrophie du thymus n'a pas pu être un facteur important dans le non-établissement de la fonction respiratoire (1) ; car l'enfant, d'après les aveux mêmes de la mère, n'est pas né mort, ni même en état absolu de mort apparente, étant données l'apparition et la persistance assez grande des mouvements qu'elle a observés. Mais il est vrai que, même dans ce cas, la respiration peut tarder longtemps à s'établir et que nombre d'enfants meurent, quand ils sont privés des soins nécessaires, dans des conditions exactement semblables, sans qu'il existe aucune hypertrophie du thymus.

Il me semble intéressant de rapprocher de la mienne une observation recueillie par Farret à la maternité de l'hôpital Saint-Louis (2) et dont voici le résumé en quelques mots :

Après un travail très long et avoir présenté des circulaires du cordon, C... (Jeanne) naît à terme en état de mort apparente. On fait des insufflations avec le tube de Chaussier et on donne des bains sinapisés, mais l'enfant succombe après huit heures par arrêt de la respiration. A l'autopsie, on trouve un thymus volumineux, pesant 11 grammes. L'auteur se demande si la mort n'est pas due au volume exagéré du thymus comprimant la trachée qui, à l'autopsie, lui a paru un peu aplatie.

En admettant que ce soit l'hypertrophie du thymus qui ait déterminé la mort, il est vraisemblable, pour ne pas

(1) Cette hypothèse, en tous cas, n'est certainement pas plus hasardée que celles émises déjà en cette question par quelques auteurs.

Grawitz et Liman, faisant l'autopsie médico-légale d'un enfant de huit mois, trouvé mort dans son berceau, la tête sous un oreiller, n'hésitèrent pas à attribuer la mort à l'hypertrophie du thymus.

Paltauf explique de même la mort d'une fillette de dix-sept mois, survenant immédiatement après une chute tête première dans un baquet plein d'eau, bien qu'elle en ait été retirée aussitôt (Piedecoq, *loc. cit.*, p. 26 à 31).

(2) Farret, *loc. cit.*, p. 43.

dire certain, que si cet accouchement, au lieu de se faire dans une maternité, se fût effectué clandestinement, même sans intervention néfaste de la mère, l'enfant aurait succombé, comme dans mon observation, sans que la respiration se soit établie.

Ces observations ne sont certes pas, tant s'en faut, une démonstration de l'empêchement de l'établissement de la respiration par l'hypertrophie thymique ; c'est simplement une possibilité que j'admets. Mais en appelant l'attention sur ce point spécial de la question de la mort par hypertrophie du thymus, cela provoquera peut-être la publication d'observations intéressantes soit pour étayer, soit pour infirmer mon hypothèse.

M. PICQUÉ. — M. Bayer (de Prague) a adressé il y a peu de temps à la Société de chirurgie de Paris un travail analogue tendant à démontrer la possibilité de l'asphyxie des nouveau-nés par une augmentation de volume du thymus.

— LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture, au nom de M. Bogdan (de Jassy) de la communication suivante :

MORT SUBITE PAR HÉMORRAGIE INTRA-ABDOMINALE

SUITE D'UN COUP DE POING DANS LE VENTRE

SANS LÉSION APPARENTE EXTÉRIEURE

Par le D^r **Georges Bogdan**,

Professeur de médecine légale à la Faculté de Jassy.

La médecine légale, grâce aux travaux d'illustres savants comme Tardieu, Brouardel, Lacassagne, Hoffmann, etc., s'enrichit tous les jours de nouveaux faits, gagne du terrain et tend à devenir un art des plus positifs.

Mais nous ne voulons pas dire par là que tout a été élucidé, et, certainement, il existe encore plus d'une question obscure qui n'a pas encore trouvé sa solution précise; il n'en est pas moins vrai, cependant, que, depuis quelques années, les problèmes les plus difficiles ont été résolus en grande partie, et, actuellement, des questions comme, par exemple, celles de la mort subite, trouvent leur juste explication, si l'on se base sur les faits acquis par la science dans ces derniers temps.

Nous venons d'observer un cas très important de mort subite par hémorragie intra-abdominale, suite d'un léger coup porté sur le ventre sans lésion apparente extérieure.

Le 19 avril dernier, un homme, le mari d'une certaine Axenia Haraboia, en rentrant de son travail, trouve sa femme ivre; il n'en fut pas surpris, cette dernière étant une ancienne alcoolique. Une querelle survient, la femme jette un pot à la tête de son mari; celui-ci, exaspéré, la bouscule pour se débarrasser d'elle et lui donne quelques coups de poing; la femme tombe, et le mari, la croyant endormie, sort. Il rentre quelques heures plus tard, trouve celle-ci en agonie et, finalement, elle meurt. Pris de peur, il s'enfuit, et c'est pendant son absence que le parquet nous a chargé de l'autopsie. Comme on peut le voir dans le corps du rap-

port, il s'agissait de déterminer si la mort a été naturelle, le résultat d'un accident ou d'un crime. Sans nous prononcer d'une manière certaine, nous avons conclu que la mort était due à une très vaste hémorragie intra-abdominale, suite de coup dans l'abdomen ; nos prévisions ont été vérifiées par la suite : l'homme a fini par revenir, avouant les coups donnés, coups d'ailleurs très légers, au dire d'un témoin qui avait assisté à la querelle. Si nous nous sommes décidé à publier la présente observation, c'est que nous n'avons pas encore trouvé, dans la littérature médico-légale, un cas identique ; l'observation détaillée est comprise dans le rapport médico-légal qui suit :

Je soussigné, D^r Georges Bogdan, professeur de médecine légale à la Faculté de Jassy, médecin expert près les tribunaux commis par M. D. Istrati, procureur du roi, en vertu d'une ordonnance en date du 20 avril 1898, ainsi conçue :

« Vu la procédure en information, à l'effet de rechercher la cause de la mort de la femme Axenia Haraboia dont le cadavre a été transporté à la Morgue de l'hôpital Saint-Spiridon de Jassy.

« Disons qu'il sera, par M. le D^r Bogdan, serment préalablement prêté, procédé :

« 1^o A l'autopsie du cadavre, à l'effet de préciser les causes de la mort ;

2^o « A différents examens nécessaires afin de pouvoir dire si la mort a été naturelle ou le résultat d'un crime ou d'un accident. »

Serment préalablement prêté, ai procédé à cette autopsie, en présence du susdit magistrat.

Autopsie de la femme Axenia Haraboia. — Le cadavre est celui d'une femme robuste de trente à trente-cinq ans ; la rigidité cadavérique a presque totalement disparu. Tache verte abdominale dans le flanc droit, trois petites ecchymoses irrégulières, grandes comme une pièce de 50 centimes, et une très légère excoriation sur le côté antéro-externe de la cuisse droite. Les fesses et la partie antérieure et interne des cuisses remplies de matières fécales. Un liquide sale et exhalant une forte odeur âcre s'écoule du nez et de la bouche. Pas d'autres signes de violence extérieure, et les nombreuses incisions que nous avons faites sur les différentes parties du corps n'ont rien démontré, pas la moindre

ecchymose ou extravasation sanguine. A l'ouverture du corps nous trouvons : à droite, de vieilles adhérences pleurales très étendues et très épaisses, ce qui nous oblige de faire une véritable dissection pour pouvoir enlever le poumon de la cavité thoracique correspondante ; à gauche, il n'y a pas d'adhérences. Les deux poumons crépitent, mais le poumon droit est diminué de volume et rétracté dans la gouttière costo-vertébrale. Le cœur est décoloré, pâle, couvert par un dépôt assez épais de graisse ; les valvules durcies et légèrement athéromateuses. Rien dans la bouche, rien dans la trachée ; le larynx est normal.

En ouvrant la cavité abdominale, il s'écoule tout d'un coup une grande quantité de sang qui remplit l'abdomen et le bassin ; le sang est liquide, de couleur rouge noir, et d'une quantité égale à 1500 grammes. Nous avons voulu immédiatement nous rendre compte de la source de cette hémorragie, mais malgré nos minutieuses recherches, nous avons trouvé les vaisseaux abdominaux dans leur parfaite intégrité ; les artères et les veines importantes abdominales étaient intactes ; nous avons injecté les unes et les autres, mais le liquide injecté ne trouvait aucune issue ; il revenait par le haut, ce qui démontrait encore une fois l'intégrité des vaisseaux abdominaux.

Mais la partie supérieure du mésentère, une anse intestinale et le péritoine sont rouges, présentent des infiltrations sanguines et sont comme recouverts par une couche de sang coagulé ; ceci nous fait songer immédiatement que c'est dans ces différents points qu'ont dû se produire les ruptures artério-veineuses ou capillaires, et par conséquent la cause de l'hémorragie abdominale que nous venons de mentionner.

L'estomac, fortement dilaté, contient de 500 à 600 grammes d'un liquide blanc gris sale non coagulé et exhalant une forte odeur d'alcool. Ses parois internes présentent un certain nombre de colonnes hypertrophiées qui font relief sur la muqueuse et sont de couleur rouge. Les intestins, fortement congestionnés, présentent sur la face externe des arborescences très manifestes ; ils contiennent de 300 à 400 grammes d'un liquide de couleur grise et qui exhale une forte odeur âcre. La rate est hypertrophiée et pèse 480 grammes. Le foie, dur, gras et sclérosé, pèse 1.150 grammes et présente les lésions classiques de la cirrhose alcoolique. Les reins sont recouverts d'une gangue de graisse, sont hypertrophiés et présentent à la coupe une dégénérescence graisseuse très avancée. Le cerveau, fortement congestionné, est parsemé dans sa substance intime par un piqueté rougeâtre très étendu. Les méninges sont congestionnées, les sinus de la dure-

mère remplis de sang. Le cerveau et le cadavre exhalent une forte odeur âcre d'alcool en fermentation. Nous avons examiné le sang au microscope ; nous nous sommes servi à ce sujet de matières colorantes comme l'éosine et le bleu de méthylène, ainsi que de l'acide osmique : nous n'avons rien trouvé d'anormal, le sang ne contenait pas de globules graisseux.

Mais les lésions si importantes que nous avons trouvées à l'autopsie, la mort subite de la femme, la vaste hémorragie abdominale et, d'autre part, l'absence de violences sur le corps, n'expliquent pas suffisamment, au premier abord, la cause de la mort, et nous sommes obligé d'entrer dans la discussion des faits, pour pouvoir les interpréter et légitimer les conclusions auxquelles nous nous sommes cru autorisé d'arriver. Les commémoratifs corroborés d'ailleurs par les lésions trouvées à l'autopsie, démontrent, jusqu'à l'évidence, que la femme Axenia Haraboia était une vieille alcoolique ; mais, bien mieux encore, le dimanche 19 avril, la susnommée se trouvait dans un état complet d'ivresse, fait établi tant par la quantité d'alcool trouvée dans l'estomac et l'odeur alcoolique du cadavre que par les dépositions de plusieurs témoins. L'accident fatal a donc eu lieu pendant que la victime se trouvait dans un état d'alcoolisme aigu très prononcé.

Dans ces conditions, comment pourrait-on expliquer la vaste hémorragie abdominale, cause intime de la mort. Qu'est-ce qui a pu la produire puisque, comme nous venons de le dire plus haut, nous n'avons trouvé aucune marque de violence sur le corps, ni dans la région abdominale, ni ailleurs ? (les deux ou trois petites ecchymoses, intéressant à peine le tissu cellulaire, n'ont aucune importance, et ont pu très bien être produites par la chute du corps de la femme en tombant). Plusieurs hypothèses peuvent être admises. En premier lieu, il est possible que la victime ait reçu un coup dans l'abdomen avec un instrument contondant quelconque ou un très fort coup de poing, sans que ce coup laisse une marque extérieure sur la peau,

mais pouvant cependant déterminer l'hémorragie mortelle que nous avons trouvée à l'autopsie. Les cas de ce genre ne sont pas rares ; il existe déjà un bon nombre d'observations publiées, où l'on a trouvé, par exemple, des ruptures totales du foie et de la rate dues à une violence extérieure, mais sans aucune lésion apparente sur la peau (1).

Mais nous pouvons tout aussi bien admettre que l'hémorragie abdominale, cause de la mort, se soit produite sans que la victime ait reçu directement d'un tiers un coup dans le ventre, mais qu'elle-même, voulant peut-être éviter le coup qui la menaçait, dans un mouvement brusque et sans équilibre dû à son état d'ivresse, se soit précipitée en heurtant l'abdomen sur un corps dur et résistant (coin de table, lavabo, fenêtre, etc.), et par conséquent qu'elle ait reçu un choc d'une manière passive, mais qui a eu le même effet, une forte contusion et une hémorragie consécutive.

On sait que l'alcoolique prépare des lésions dans tous ses organes, s'exposant ainsi à tous les genres de mort subite qui peuvent survenir du fait des lésions de ces organes. L'on connaît d'autre part, la fragilité de l'organisme chez les vieux alcooliques, fragilité encore plus prononcée pendant un excès, chez l'homme ivre mort, état dans lequel se trouvait la victime au moment de l'accident fatal ; ces faits ont été mis hors de doute par les travaux de Lasèque, Tardieu, Brouardel, etc., la gravité des lésions et des coups, dans ce cas, étant le fait de la victime et non pas celui de l'agresseur ; ainsi, par exemple, un père et un fils se disputent ; à bout d'arguments, le père donne un léger soufflet à son fils : celui-ci tombe et meurt quelques heures plus tard d'une hémorragie méningée (2).

Notre cas a une certaine analogie avec le précédent : la femme Axenia Haraboia reçoit un coup, ou tombe d'elle-

(1) Voy. G. Bogdan, *Rupture du foie et de la rate sans lésions apparentes extérieures* (Ann. Hyg. publ. et de méd. lég., 1888, p. 26.)

(2) Voy. Brouardel, *Mort subite*, p. 263.

même, avec le ventre, sur un corps dur ; puis, quelques heures après, elle meurt d'une hémorrhagie abdominale ; il est certain que ce résultat ne serait peut-être pas arrivé dans les conditions normales, c'est-à-dire si la victime n'avait pas été en état d'alcoolisme aigu, mais surtout si ses organes n'avaient pas été d'une extrême fragilité, à cause de ses vieilles habitudes alcooliques. En conséquence, en nous basant sur les faits que nous venons de décrire et sur les lésions trouvées à l'autopsie, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Conclusions.— 1° La mort de la femme Axenia Haraboia est due à une hémorrhagie interne dans la cavité abdominale.

2° Cette hémorrhagie a été déterminée par un coup dans la région abdominale, quoique nous n'ayons trouvé aucun signe de lésion extérieure, coup reçu directement d'un tiers ou survenu, d'une manière passive, par le fait de la précipitation de la victime elle-même sur un corps dur et résistant.

3° L'état de résistance minime dans lequel se trouvait la victime par ses habitudes d'intempérance, aggravé par l'alcoolisme aigu le jour de l'accident fatal, a pu donner lieu à cette hémorrhagie, ce qui ne serait peut-être pas arrivé à une autre personne, non alcoolique.

4° La mort date de vingt-quatre à trente-six heures.

M. PICQUÉ. — Je regrette que l'auteur n'ait pu découvrir le point exact par où s'est effectuée l'hémorrhagie. Je m'étonne que M. Bogdan n'ait pas considéré les 1500 grammes de sang écoulé comme suffisants pour expliquer la mort. Celle-ci a pu survenir par syncope.

Il a été publié beaucoup de cas analogues à la Société de chirurgie. J'ai été, il y a quelques années, amené à pratiquer une laparotomie pour remédier à des accidents graves, chez une infirmière du service de mon collègue et ami M. Briand. Cette jeune fille avait reçu d'un aliéné un violent coup de pied dans la région abdominale, immédiatement suivi d'une douleur extraordinairement violente. Nous ne pûmes rien découvrir pour expliquer la gravité des symptômes observés, mais la douleur cessa aussitôt après notre intervention et la blessée guérit complètement.

La Société se forme en comité secret.

La séance est levée à 5 heures et demie.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1898.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le secrétaire général communique la liste des questions admises au programme du Congrès pénitentiaire international qui se tiendra à Bruxelles en 1900.

M. MOTET fait hommage à la Société, du discours qu'il a prononcé à l'ouverture du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Angers au mois d'août dernier, Congrès dont il était le président.

Lettres de MM. BENOIT, DANET, LADREIT-DE-LA-CHARRIÈRE, LIEGEY qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Secrétaire général fait connaître les noms des candidats aux trois places de membres titulaires déclarées vacantes dans la section de médecine. Ce sont MM. BUDIN, MAYGRIER, SEGLAS, TISON (Georges), TOULOUSE.

La Société nomme une commission chargée d'examiner les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Cette commission est composée de MM. CHARPENTIER, THOINOT, LAUGIER.

M. le Secrétaire général fait part à la Société, du décès de M. TOSCANI, professeur de médecine légale à Turin.

M. TISSIÉ, accoucheur des hôpitaux communique à la Société le travail suivant :

RUPTURE SPONTANÉE DU CORDON OMBILICAL DANS L'ACCOUCHEMENT EN ATTITUDE DEBOUT.

J'ai l'honneur de présenter à la Société cette pièce anatomique provenant d'un enfant né précipitamment en juillet dernier à la Maternité de Saint-Antoine.

« Le 24 au matin, la femme S... Hpare, enceinte de huit mois environ, perdit tout d'un coup les eaux amniotiques et fut prise aussitôt de douleurs utérines. Elle requit l'assistance d'une voisine et se fit conduire à l'Hôpital. Sensiblement à 7 heures, elle arriva, encore vaillante, à la salle de travail, n'imaginant pas, en raison de son accouchement antérieur, que les choses pussent être très avancées.

Pendant qu'on avertissait la sage-femme, l'infirmière, selon la règle, présenta un vase à l'arrivante en la priant de donner un peu d'urine qu'on allait analyser.

Notre femme resta debout ; sans se baisser ni s'accoter au mur, elle se contenta de soulever sa jupe pour placer le vase et faire ce qu'on lui demandait, mais aussitôt elle s'écria : la tête est là. »

L'infirmière se précipita, releva la robe et vit l'enfant glissant, s'arrêtant à bout de cordon à 20 c, à peu près de la vulve, suspendu une fraction de seconde, puis continuant sa chute et frappant le carreau de la salle de sa tête avec un bruit moitié mou et moitié sonore. Tout s'était passé si vite qu'elle n'avait pas eu la possibilité d'intervenir et la mère était toujours debout avec son vase à la main,

On ramassa l'enfant dont le cordon ombilical, arraché à 1 c. m. de l'ombilic, saignait assez abondamment. Une pince fut mise à demeure : Sur la tête on ne vit qu'une ecchymose, imputable bien plus à la bosse sero-sanguine qu'au choc contre le sol. L'enfant dans la suite se rétablit à merveille ; il en fut de même de la mère qui n'avait à la fourchette vulvaire qu'une insignifiante entame périnéale. »

Ainsi, voilà un exemple d'accouchement debout. J'ai beau-

coup insisté près de la parturiente et des deux infirmières présentes : la femme ne s'est pas accroupie, ne s'est pas appuyée sur ses cuisses avec ses mains ; le corps était légèrement penché en avant, les jambes écartées mais les genoux pas ou à peine fléchis.

D'ailleurs ces faits d'accouchement debout, autrefois niés par Holl et à peine admis par Tardieu et Simon ne sont plus discutables. Dans le travail de Klein 1817, et dans les thèses récentes de Mory, Lamare, Staes, Bonnemaïson, on en voit quantité de faits probants ; ce n'est point pour en démontrer la réalité que je vous rapporte mon observation.

La qualité de secondipare et le volume relativement faible de l'enfant (2670) favorisaient la brusquerie de l'expulsion.

Quant à la *rupture spontanée* qui s'est produite cette fois, elle n'est pas non plus extraordinaire. Les discussions qui ont eu lieu en 1888, entre Budin et Descoust notamment, et les travaux qui ont suivi, ont établi combien la résistance funiculaire était variable suivant les enfants, suivant les âges, suivant l'état du cordon, suivant la façon dont s'exercent les tractions, mais en définitive il est établi qu'en raison de l'impulsion fournie par la contraction utérine, et de la hauteur de chute du corps fœtal dans l'accouchement en attitude verticale, un poids moindre même que le poids fœtal suffisait chez les enfants au voisinage du terme, à peu près toujours, à rompre le cordon.

Aussi, dans notre observation, notre enfant, chassé par les contractions maternelles, est tombé, on l'a vu, d'à peu près 0 m. 20. (En effet, le cordon mesurait 41 c. et l'on peut bien supposer qu'il en est resté 20 c. dans les voies génitales.) On n'a donc pas à s'étonner que la tige funiculaire ait cédé, et remarquons que si l'enfant n'était pas énorme, on ne peut pas dire qu'il s'agit d'un avorton ; notons encore que le cordon ne présentait ni nouûre, ni varices, ni altération manifeste.

Les expérimentations de Pfannuch, Lamarre et Budin montrent que le contraire eût été plutôt étonnant.

Je laisse de côté les recherches de Négrier, Spath, Schatz, Descoust et celles toutes récentes de Queirel, où l'on a pris des cordons vides et des cordons macérés ou bien où l'on a étudié la résistance du cordon sans tenir compte de la vitesse de chute.

Ce qu'il importe principalement de signaler, c'est la façon dont la section s'est opérée :

En effet, nous avons attentivement examiné le bout du cordon, non pas le bout fœtal tout de suite maché par le mors d'une pince hémostatique et bientôt éliminé, mais le bout placentaire sur lequel aucune ligature n'a été posée.

Vous pouvez le voir nettement, bien que depuis 3 mois 1/2 la pièce baigne dans le formol et se soit assez rétractée : le cordon est coupé net, en rive perpendiculairement à l'axe, et non en triangle oblique comme dans tous les cas d'arrachement désignés dans les livres ; sur les bords, il n'y a pas de frange de gaine amniotique effilochée ; les trois vaisseaux sont divisés tous trois à la même hauteur et ne débordent pas la surface de section de gélatine de Warthon. On *dirait une section aux ciseaux*.

Quand on cherche dans Lamarre ou Queirel les caractères de la surface de rupture, on lit que « la surface du cordon *coupé* est régulière, plane, avec une gaine amniotique à bords nets, avec division des vaisseaux au même niveau. Quand le cordon a été *déchiré*, la gaine a des bords déchiquetés, continués souvent par une fente longitudinale ; la surface est irrégulière, le plus souvent oblique, taillée en biseau, longue de 1, 2 ou 3 centim. ; les vaisseaux sont divisés à des hauteurs variables et font des saillies irrégulières.

Y a-t-il rien de semblable dans notre cas ? Pour accuser le contraste, j'apporte ici la planche qu'a fait graver Lamarre pour bien montrer l'apparence typique du cordon arraché.

Cette disposition anormale m'a paru curieuse et mériter

de vous être soumise, c'est ce qui m'a décidé à vous demander un moment de votre attention.

Comme je me proposais de vous apporter cette observation, un autre fait, intéressant, comparable, s'est produit dans le même service de Saint-Antoine dont le D^r Bar vient de reprendre la direction.

Le docteur Bar en a déjà entretenu la Société d'obstétrique de Paris, mais pourtant m'a engagé à rapprocher devant vous son observation et la mienne.

Le 22 octobre, une femme B... VII para non à terme, en assez mauvaises conditions de santé arriva le matin à l'hôpital et fut tout d'abord conduite au bain.

Comme elle en sortait, après une 1/2 heure, une douleur la saisit ; elle enjamba la baignoire et se mit à pousser ; l'infirmière n'eut que le temps d'empoigner la tête qui cependant glissa et l'enfant tomba sur le dos d'une hauteur de 0.50 environ puisqu'il y avait 0.74 de la vulve au sol et que le cordon mesuré plus tard avait 48 c. La déchirure s'était produite à 0.03 c. de l'ombilic.

C'est donc, comme tout à l'heure, un accouchement debout avec rupture spontanée du cordon, quoique le fœtus ne pesât qu'un peu plus de 2.000 gr. et que le cordon parût tout à fait sain. La surface de rupture est oblique et rappelle les caractères attribués par les auteurs au cordon déchiré, vous pouvez en juger.

Mais l'intérêt est ailleurs. La femme n'était pas dans des conditions bien bonnes, avons-nous dit, les membranes étaient rompues depuis plusieurs jours et l'écoulement amniotique était fétide. On n'avait, avant d'envoyer la femme au bain, entendu que difficilement les battements fœtaux.

Quand on releva l'enfant, son état semblait précaire, il ne remuait guère, ne respirait pour ainsi dire pas ; malgré les insufflations et les stimulations il ne tarda pas à succomber.

A l'examen nécropsique, ce ne fut pas sans surprise qu'on

vit à l'ouverture du ventre un flot de sang noir sortir de la cavité péritonéale. La première pensée fut que cette hémorragie était due à la chute. Les enfants, en de pareille circonstance, sont exposés à bien des accidents ; aux brûlures et à la noyade si les femmes accouchent au-dessus d'une bassine d'eau bouillante, comme Staes en rapporte un exemple, aux fractures du crâne ou des membres, comme Bonne-maison en cite des cas.

Mais les hémorragies funiculaires sont les plus communes et les plus redoutables complications si l'on n'y prend garde. Dans l'espèce, on pouvait penser que le cordon, en s'arrachant, a vait déchiré dans l'abdomen la veine ombilicale ou bien avait tiré, par l'intermédiaire de cette veine le foie, en rompant la veine sus-hépatique. De la Motte, (1721, p. 847, obs. 439) a bien mentionné un cas où le cordon de l'ombilic était arraché jusque dans le ventre.

Il n'y avait pourtant rien de semblable.

L'autopsie a montré que la veine ombilicale et la veine sus-hépatique étaient intactes, mais, sur la face convexe du lobe droit, la capsule de Glisson avait été soulevée et décollée sur une étendue notable par accumulation de sang formant thrombus. La capsule s'est ensuite éraillée et le sang s'est répandu dans le péritoine.

Pourquoi ? Toutes les hypothèses sont permises.

Il y a là deux ordres de faits : *hémorragie sous-glissonnienne* avec inondation péritonéale d'une part, et, d'autre part, *accouchement précipité, avec rupture* spontanée du cordon que malgré soi on pourrait tendre à relier et qui, en toute autre circonstance, pourrait mettre en grand embarras l'expert.

M. le docteur Bar s'est demandé, sans trop y croire, si par hasard cette hémorragie ne serait pas due à l'empressement avec lequel l'enfant gisant à terre aurait été relevé, saisi à plein corps, un peu rudement, par l'infirmière. On voit, en effet, des hémorragies analogues sur les enfants nés après version podalique qu'on a dû péniblement

extraire. Nous savons combien nos anciens maîtres recommandaient de s'abstenir, précisément dans les manœuvres d'extraction, de toute prise directe du tronc, crainte de lésion du foie.

C'est une supposition pourtant bien improbable. Plus vraisemblablement l'enfant mal portant, compromis déjà, a succombé à une hémorrhagie spontanée que les souffrances endurées pendant le cours du travail pourraient expliquer.

Certaines hémorrhagies sous-glissonniennes, d'aspect tout semblable, siégeant en cette même place, ont été effectivement signalées chez des enfants, qui n'avaient eu à subir aucun traumatisme, nés après opération césarienne par exemple. Le docteur Bar l'a rappelé.

Il règne donc une incertitude d'interprétation qui, dans une expertise médico-légale, pourrait être bien embarrassante.

M. SOCQUET. — Il y a quelques années, on n'aurait pas admis que le cordon puisse se rompre spontanément. Cette section nette et horizontale que nous montre M. Tissié est fort intéressante, car on aurait pu croire à une section par instrument tranchant.

M. CHARPENTIER. — Dans l'observation de M. Tissié le poids de l'enfant était inférieur à la moyenne, il est donc probable que le cordon ombilical n'avait pas sa résistance normale ; on sait, en effet, que le développement du placenta et du cordon est en rapport avec le poids de l'enfant. J'ai vu autrefois, alors que j'étais chef de clinique de Depaul, le fait curieux d'un très gros enfant saisi et maintenu en l'air par le cordon ombilical pendant quelques instants sans que le cordon se rompit ; le cordon a donc eu dans ce cas une résistance considérable. Dans les faits rapportés par M. Tissié, il devait exister une friabilité pathologique du cordon ; celui-ci ne devait pas avoir sa structure normale.

M. TISSIÉ. — La structure du cordon était normalisée ; du moins l'examen microscopique n'a révélé aucune lésion.

M. CHARPENTIER. — C'est une simple hypothèse que j'émetts, mais quand on lit les observations d'accouchement debout rapportées par les auteurs, on est frappé de ce fait, c'est qu'il s'agit toujours d'enfants petits et par suite passant facilement.

M. PICQUÉ, chirurgien des Hôpitaux.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ LES ALIÉNÉS ENVISAGÉE AU POINT DE VUE LÉGAL

La situation spéciale des malades placés sous le régime de la loi de 1838 crée au médecin des difficultés particulières dans l'application des méthodes thérapeutiques qu'il a à sa disposition. Le Législateur de 1838 est excusable de les avoir méconnues et de n'avoir rien fait pour les prévoir à une époque où la thérapeutique médico-chirurgicale n'existait pour ainsi dire pas pour les aliénés et où les asiles, selon un mot à la mode, n'étaient encore que des « garderies ».

Des traditions ont alors remplacé ce qu'il y avait d'incomplet dans les articles mêmes de la loi, mais de là ont surgi des difficultés nouvelles qui soulèvent des questions importantes au point de vue légal. Ces difficultés ont été indiquées plusieurs fois et tout récemment par M. Briand, à la Société de médecine légale. En ma qualité de chirurgien des asiles d'aliénés j'ai été moi-même amené bien souvent à étudier les conditions de l'intervention chez les aliénés. Je me propose donc d'examiner dans cet article quelle est, à mon avis, la solution la plus sage, la plus conforme au bien du malade et au devoir du chirurgien.

Pour bien apprécier le rôle du chirurgien d'asile, en présence d'un malade atteint d'une affection chirurgicale qui nécessite une intervention, il me paraît tout d'abord nécessaire de rappeler, en quelques mots, les conditions de la pratique chez les malades ordinaires.

Deux cas peuvent se présenter :

1^o *Premier cas.* — On a affaire à un adulte, majeur, sain d'esprit, qui consulte un chirurgien pour une affection dont il ignore souvent la nature exacte et la gravité, et ce dernier propose une intervention. Parfois le malade la refuse, même quand elle est on ne peut plus justifiée et nécessaire. Les causes de ce refus sont diverses. Tantôt c'est une

véritable phobie opératoire, tantôt c'est l'influence d'un entourage peu éclairé et souvent intéressé. Quoi qu'il en soit, le malade est libre et le chirurgien a terminé sa mission quand il l'a éclairé sur son état exact et sur le but de l'intervention, ainsi que sur l'importance et la nature de cette dernière.

Quand le malade est dans un état grave et incapable de prendre lui-même une détermination, nous trouvons l'entourage, formé de proches ou d'amis, qui vient se substituer à lui. Parfois la volonté exprimée est différente de celle que le malade exprimerait s'il était maître de lui-même ; elle est souvent contraire à ses intérêts ; il est cependant d'usage de s'y conformer.

Deuxième cas. — Il s'agit d'un mineur. La question est très simple. Le Code a établi l'autorité absolue du père de famille sur ses enfants, jusqu'à leur majorité. En matière thérapeutique, personne ne peut aller contre la volonté du père de famille, même quand elle est contraire aux intérêts de l'enfant mineur. Il peut prendre, vis-à-vis de ce dernier, les responsabilités les plus abusives ; il reste le maître absolu de son enfant, tant que la justice ne l'en a pas déclaré indigne, et la loi a fixé d'avance les cas d'indignité.

Ceci dit, quelle peut être, qu'elle doit être la conduite du chirurgien vis-à-vis d'un aliéné, et d'un aliéné interné dans un asile ?

Comme précédemment, deux cas peuvent se présenter suivant que le malade réclame lui-même ou bien, au contraire, refuse une opération.

Premier cas. — Dans une récente communication faite à la Société de chirurgie, en collaboration avec M. Briand, nous avons démontré l'existence d'une catégorie d'aliénés libres qui, invoquant des troubles subjectifs, imaginaires, arrivaient à exercer à la longue, sur le chirurgien, une véritable suggestion qui l'amenait à pratiquer des opérations parfois peu justifiées. Nous avons insisté sur la difficulté qu'il y avait à établir, dans ces conditions, l'état mental de

ces malades qui cachent avec soin leur délire ainsi que leurs antécédents, et dans la discussion qui a suivi notre communication, plusieurs chirurgiens ont ajouté des faits intéressants à ceux que nous avons signalés.

Dans les asiles, le chirurgien est souvent sollicité de la sorte ; mais alors la solution lui est facile. Il a devant lui un malade classé, atteint d'une affection mentale dont le diagnostic lui est fourni par le médecin aliéniste dans le service duquel il se trouve. Il n'a donc pas à craindre la suggestion que pourrait exercer sur lui le même malade s'il était libre. Mais il est un autre écueil qu'il doit éviter : c'est de considérer ce malade « comme un incurable, auquel la chirurgie d'urgence seule doit convenir », selon une formule que j'avais autrefois adoptée, et de lui refuser une opération qui pourrait le guérir de l'affection mentale dont il est atteint ou tout au moins l'améliorer.

Il faut au chirurgien une grande expérience clinique jointe à une longue fréquentation des asiles, et aussi l'intervention du médecin aliéniste, pour distinguer les cas où il doit s'abstenir et ceux, au contraire, où il peut, en intervenant, rendre un réel service aux malades. C'est un des points les plus intéressants de cette thérapeutique spéciale. Dans aucun cas, d'ailleurs, l'action commune du médecin aliéniste et du chirurgien n'est plus nécessaire.

Deuxième cas. — Le malade, loin de réclamer une intervention, la refuse ou est incapable, par son état mental, de formuler une opinion.

Avant d'examiner la ligne de conduite à tenir, il est tout d'abord nécessaire de préciser la nature des opérations qu'un chirurgien d'asile peut avoir à proposer à un aliéné.

Or, on peut répartir ces opérations en deux groupes principaux.

Le premier comprend celles qui présentent un caractère d'urgence absolue, telles celles nécessitées par une plaie artérielle ou une hernie étranglée : dans ce cas, la vie se

trouve menacée à brève échéance, si le chirurgien n'intervient pas de suite. Il doit donc intervenir.

Le deuxième groupe comprend toutes les autres opérations de la chirurgie, depuis les plus simples jusqu'aux plus compliquées ; mais, pour en apprécier l'importance vis-à-vis de l'aliéné, il est nécessaire d'envisager parallèlement, comme je l'ai fait dans un rapport de 1892 à M. le Préfet de la Seine, l'affection mentale du malade et son degré de curabilité.

Je faisais remarquer, dans ce travail, que les aliénés temporaires constituaient, dans les asiles, une catégorie de plus en plus considérable, et j'insistais sur ce fait que ces malades, susceptibles de reprendre la vie ordinaire au bout d'un temps plus ou moins long, avaient plus particulièrement besoin de la sollicitude du chirurgien. Je montrais que pour eux la chirurgie ne devait pas avoir de limites ; que telle affection, si elle était négligée, pouvait non seulement compromettre l'existence d'un malade curable mentalement, mais, encore, ce qui n'était pas moins grave, le priver de l'usage d'un membre et le mettre dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins une fois rentré dans la vie commune.

Quant aux incurables, qui sont perdus pour la Société et doivent rester indéfiniment à l'asile, j'avais émis l'opinion que la chirurgie d'urgence seule était recevable, que vis-à-vis d'eux on devait se montrer ménager de tout acte chirurgical et que l'on ne devait intervenir que lorsque leur existence se trouvait menacée à brève échéance.

Telle a été ma ligne de conduite depuis bientôt quinze ans. Dans ces derniers temps, cependant, l'expérience que j'ai acquise au contact des aliénés a modifié quelque peu ma conviction à cet égard ; j'ai vu, en effet, des malades réputés incurables avec les ressources ordinaires de la médecine, guérir à la suite d'une intervention chirurgicale. Le hasard m'ayant amené à opérer d'urgence des aliénés qui étaient considérés comme peu curables, je fus surpris de constater, dans certains cas, une amélioration considérable

et parfois très prolongée — je n'ose dire une guérison définitive — des troubles mentaux qu'ils présentaient.

Ces faits personnels (1) très encourageants, d'autres analogues publiés à l'étranger, principalement en Amérique, m'ont conduit à penser qu'on pouvait songer, dans quelques cas particuliers, et sous certaines réserves, à instituer le traitement chirurgical de certaines formes d'aliénation mentale. J'ai été, d'ailleurs, encouragé dans cette voie nouvelle, par mon excellent collègue et ami M. Febvère, qui m'a ouvert très libéralement son service, et nous devons sous peu présenter à la Société de chirurgie un travail sur ce sujet.

Comme on le voit par ce simple aperçu, le champ de l'action chirurgicale tend à s'étendre sans cesse dans les asiles d'aliénés.

Certes, il s'agit là d'une thérapeutique qui doit être menée très prudemment si l'on veut aboutir à des résultats incontestés, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle peut rendre de réels services, et qu'il serait utile que le chirurgien pût en faire bénéficier les malades avec l'assentiment d'une tutelle intelligente et désintéressée.

Voilà donc les conditions dans lesquelles un chirurgien d'asile aura à intervenir. On a pu voir combien elles sont multiples, puisqu'aux indications ordinaires de la chirurgie, viennent s'ajouter celles relatives à l'état mental, qui augmentent chaque jour.

Que doit faire le chirurgien d'asile ? A défaut d'un texte légal précis, la tradition qui s'est établie dans les asiles de la Seine et à laquelle, pour ma part, je me suis toujours conformé, est de s'adresser à la famille du malade, qui accepte ou refuse l'intervention proposée pour ce dernier.

Cette manière d'agir est évidemment la plus commode ; elle simplifie considérablement le rôle du chirurgien. Elle évite en tout cas toute récrimination de la part des familles.

(1) Quelques-uns de ces faits sont consignés dans mon rapport. L'un d'eux a été publié par M. Febvère et par moi-même en 1891 à la Société médico-psychologique.

Une opération est jugée nécessaire ; une demande d'autorisation est adressée à la famille ; si elle refuse, tout est dit. On s'abstient.

Malheureusement, cette pratique est évidemment contraire, au moins dans un grand nombre de cas, à l'intérêt des malades. Pouvons-nous les y soustraire ? Tout est là.

J'ai indiqué un peu plus haut ce qu'avait parfois d'abusif, en matière d'intervention chirurgicale, le droit du père de famille vis-à-vis d'un enfant mineur (1); mais si nous n'avons pas à discuter ce droit, qui, dans l'état actuel de la législation, doit rester intangible, sauf les cas prévus par la loi, il n'en est certes pas de même du droit des familles vis-à-vis des aliénés. Ce droit, en effet, est provisoire et temporaire ; il n'a sa raison d'être que tant que le malade est sous le régime de la loi de 1838. Il prend fin naturellement lorsque le malade a recouvré sa liberté morale. Ce n'est qu'exceptionnellement, à savoir quand il s'agit d'incurable ou d'un interdit, que le droit du tuteur s'étend jusqu'à la mort. Mais dans les cas, heureusement très nombreux, où le malade est curable, ce droit n'est, à vrai dire, qu'une délégation, qui est respectable seulement si elle est utilement exercée au mieux des intérêts de l'aliéné. En tout cas, on ne peut attribuer à la famille ou au tuteur un droit absolu, comme au père vis-à-vis de son enfant, et on est fondé à demander que la tutelle exercée vis-à-vis de l'aliéné soit à la fois intelligente et désintéressée.

Or, que voyons-nous dans la pratique ? Les ascendants ou collatéraux de l'aliéné présentent parfois en raison des lois de l'hérédité, des tares cérébrales qui les rendent suspects et empêchent souvent qu'on leur confie au point de vue social de graves intérêts. Parfois encore on se trouve en présence de gens intelligents qui comprennent mal

(1) Je pourrais, comme exemple, citer le cas d'une jeune fille à laquelle une amputation de cuisse devait très probablement sauver la vie et qui réclamait avec instance cette intervention. Elle fut obstinément refusée par le père qui me déclara préférer la mort — pour son enfant — à la mutilation que je conseillais et qu'elle voulait.

la raison d'une intervention et la refusent systématiquement, alors qu'elle pourrait sauver l'existence de celui dont ils ont temporairement la charge morale, ou assurer la guérison de l'affection mentale. Parfois, enfin, pour tout dire, les familles obéissent à des mobiles honteux. Pour ma part, plusieurs fois j'ai reçu l'aveu de gens qui, cyniquement, me déclaraient que, s'appuyant sur la gravité attestée de la lésion motivant cette opération, ils s'opposaient à l'intervention jugée nécessaire « espérant abrégier ainsi la durée des frais de séjour dans l'établissement ou recueillir plus rapidement un héritage attendu ! »

Voilà, dans certains cas, quelle est la valeur intellectuelle ou morale des gens auxquels un usage traditionnel mais nullement légal confie l'intérêt de nos malades.

Certes, il s'agit, je le concède, de cas exceptionnels, mais, dans une pratique déjà longue, j'en ai vu un certain nombre, et d'ailleurs la possibilité du fait vaut bien la peine qu'on cherche à remédier à un semblable état de choses. En outre, comme l'a fait remarquer M. Briand, il y a parfois conflit entre les divers membres d'une famille, les uns acceptant, les autres repoussant l'intervention, les uns et les autres pour des motifs variables, mais également contraires aux véritables intérêts de l'aliéné.

Au surplus, — et ceci complique encore les difficultés, on ne sait où commence et où finit la famille de l'aliéné. Il est impossible, dans la pratique, de dire exactement ce qu'il faut entendre par la famille de l'aliéné. Ce peut être tout le monde, tous ceux qui touchent à lui de près ou de loin, tantôt les ascendants ou les descendants, tantôt les collatéraux, parfois des parents très éloignés ou même des amis. Et les uns et les autres viennent mettre le veto aux décisions du chirurgien, heureux d'exercer une autorité dont, le plus souvent, ils ne sont pas les dépositaires et que certains malades, — chose grave et bien digne d'attention — seraient les premiers à contester s'ils avaient le pouvoir de comprendre et de juger.

Donc, d'une part, la « famille » qui peut imposer son veto, n'a ni limitation précise, ni attribution légale. D'autre part, en principe et en fait, on ne peut contester au chirurgien le droit de faire bénéficier un malade à lui confié des moyens thérapeutiques dont il dispose. Mais l'aliéné n'a pas choisi son chirurgien. C'est l'Administration qui le lui a imposé. Aussi, en pratique, le chirurgien ne peut-il agir qu'avec l'autorisation « de la famille » et nous venons de dire combien le terme est élastique et les déterminations prises par la famille sujettes à caution. D'autre part, nous n'avons pas la latitude, comme à l'hôpital, de renvoyer le malade dont la famille a refusé nos soins. La situation spéciale de l'aliéné nous oblige à le garder — sauf les cas de placement volontaire — et en cas de refus des familles, nous sommes réduits à voir évoluer jusqu'à la mort, sans pouvoir y remédier, les accidents que nous aurions pu éviter par une thérapeutique judicieuse, de même que nous sommes contraints à voir indéfiniment persister une affection mentale qui, rationnellement, aurait pu guérir ou s'améliorer si elle avait été suffisamment traitée.

Que faire en conséquence ?

Pouvons-nous donc nous affranchir de la demande d'autorisation et passer outre à la volonté exprimée par la famille ?

La question a déjà été soulevée au sein de la Société médico-psychologique en 1876, par M. le Dr Billod, alors médecin des asiles. Son travail était basé sur un fait bien digne d'attirer l'attention, celui d'une malade, atteinte d'un sarcome de la cuisse, opérée trois fois et *guérie définitivement de cette lésion et de son affection mentale*. M. Billod conclut que dans ces cas d'aliénés curables « il faut agir malgré le refus et la résistance des malades. » Pour les aliénés incurables, il est d'avis de passer outre « quand ils basent leur refus sur des motifs qui portent l'empreinte du délire. » Il citait, à ce propos, le cas d'un malade qui, après un commencement de suicide, refusait les soins immédiats

qui lui étaient prodigués, prétendant qu'il regrettait de ne pas s'être tué, mais qu'il ne voulait, du moins, rien faire qui pût amener sa guérison.

M. Billod terminait en déclarant que le médecin peut consulter la famille à titre gracieux, mais « sans aliéner pour cela le droit qu'il a de passer outre en cas de refus. » Pour lui, le médecin aliéniste « a le droit et le devoir d'opérer malgré les familles. » C'est seulement dans le but de se couvrir, c'est comme une concession, que M. Billod accepte le principe de la consultation.

Comme on le voit, notre confrère n'admettait aucune entrave administrative ou légale ; il se plaçait uniquement en face de sa conscience et de l'intérêt du malade.

Tout récemment, M. Briand a émis une opinion qui se rapproche beaucoup de celle-ci. Pour lui, les raisons d'intervention découlent de l'observation attentive du malade, et, en cas de placement d'office, on n'a nullement à tenir compte de la famille.

Pour rationnelle qu'elle paraisse au premier abord, cette façon d'envisager la question me semble inacceptable.

Je ne parle, bien entendu, pas des cas urgents où la mort peut survenir en quelques instants, et où l'action du chirurgien ne peut être différée, s'il a le bonheur de se trouver à proximité du malade. Là évidemment, il n'a à consulter que sa conscience.

Mais dans tous les cas où le malade peut attendre sans danger pour son existence, je ne puis accepter, vis-à-vis d'un aliéné privé de sa liberté morale, cette action sans contrôle et qui, si elle est, au demeurant, parfaitement légitime, peut toujours, néanmoins, prêter à la critique. Certes on peut invoquer l'opinion du médecin dont relève directement le malade, qui a discuté avec le chirurgien l'opportunité de l'acte opératoire, et qui en partage la responsabilité. Pour ma part, je n'ai jamais opéré dans les asiles sans prendre, au préalable, l'avis du médecin sur l'opportunité opératoire — si variable, du reste, selon l'état mental du

malade —et cependant j'estime que si l'on veut supprimer, pour le grand bien des malades, la demande d'autorisation aux familles, il faut la remplacer par autre chose qui puisse mettre nos actes chirurgicaux au-dessus de toute critique.

A un autre point de vue, la formule de MM. Billod et Briand ne saurait se généraliser à tous les cas. Facile à appliquer aux malades placés d'office, elle devient impossible pour les malades payants et ceux qui entrent dans la catégorie des placements volontaires, ainsi que le reconnaissait d'ailleurs M. Billod. N'est-ce pas la condamnation de sa thèse ?

Au résumé, il n'appartient pas, selon moi, au médecin, de modifier des traditions qui ont presque acquis une force légale, mais comme nous savons qu'il y aurait un réel intérêt à soustraire les malades au veto souvent intéressé des familles, à une époque où la thérapeutique chirurgicale tend à prendre chaque jour une importance plus grande, je pense, pour ma part, qu'il y a lieu de chercher la solution de ce grave problème dans une interprétation nouvelle, voire même une modification, de la loi de 1838 sur le régime des aliénés.

Peut-on, tout d'abord, en s'appuyant sur le texte actuel de la loi, autoriser le curateur ou les commissions administratives à intervenir dans les questions qui touchent au traitement des malades, dans les établissements où ils sont internés, comme ils interviennent légalement dans les questions qui touchent à l'administration de leurs biens ? Telle est la question que je pose ici. Dans le cas où l'interprétation des textes ne permettrait pas d'attribuer actuellement ce droit ni au curateur ni aux commissions administratives, on pourrait demander à la commission parlementaire chargée de reviser la loi de 1838, d'introduire un paragraphe qui consacre ce droit au curateur ou aux commissions administratives. Dans la pratique, il pourrait n'être exercé qu'en cas de conflit. Pour des raisons de convenances so-

ciales, la famille serait appelée, comme par le passé, à donner son avis, mais le curateur aurait le droit légal d'intervenir dans le cas où elle opposerait un refus non justifié à un traitement nécessaire aux intérêts actuels ou éloignés du malade.

En conséquence, la modification que je propose est la suivante : ajouter à l'article 31 de la loi de 1838 après l'alinéa suivant :

« L'administrateur provisoire devra, en outre, s'occuper de tout ce qui peut accélérer la guérison des aliénés... »

Ceci :

« Il pourra, en cas de conflit avec les familles, ordonner l'application des traitements reconnus indispensables. »

M. CONSTANT. — La question soulevée par M. Picqué est extrêmement intéressante ; elle mérite d'être examinée attentivement pour voir s'il y a lieu de proposer au législateur des modifications à la loi ou si, au contraire, il n'existe pas dans les textes juridiques de quoi passer outre à la puissance paternelle dans les cas cités par M. Picqué. Le père peut être déchu de la puissance paternelle dans certaines circonstances ; quand il s'oppose avec opiniâtreté à une opération de nature à sauver son enfant, la déchéance de la puissance paternelle ne pourrait-elle pas être obtenue ?

C'est là une question délicate et intéressante ; les professeurs de droit ne l'ont même pas effleurée. Je demande l'impression du travail de M. Picqué et la nomination d'une commission chargée d'examiner sa proposition.

M. PICQUÉ. — En Amérique, au Canada, le traitement chirurgical des aliénés a fait de grands progrès ; il serait intéressant de connaître les conditions légales des aliénés dans ce pays.

Conformément à la demande de M. Constant, la Société décide qu'une commission examinera la communication de M. Picqué, et désigne pour faire partie de cette commission MM. Benoit, Lefuel, Picqué, Briand, Constant, Leredu.

Le Secrétaire :

D^r CH. VALLON.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1898.

Présidence de M. BENOIT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La Société procède aux élections du bureau pour 1899. Sont élus :

Président — M. CHARPENTIER.

Vice-Présidents. — M. BOUCHEREAU, M. GUILLOT.

Secrétaire Général. — M. MOTET.

Secrétaires des Séances. — M. BRIAND, M. VALLON.

Membres de la Commission permanente, élus pour trois ans, MM. le prof. BROUARDEL, DESCoust et BORDIER, avocat à la Cour d'appel.

Membres du Conseil de Famille. — MM. BENOIT, BOUCHEREAU, FALREIT, LADREIT DE LA CHARRIÈRE, DANET, DEMANGE, DECORI.

Membres du Comité de publication. — MM. CHARPENTIER, Président, LADREIT DE LA CHARRIÈRE, CONSTANT, LEFORT, le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, le SECRÉTAIRE DES SÉANCES, le TRÉSORIER.

M. LAUGIER lit un rapport au nom de la Commission chargée de l'examen des Titres des candidats aux 3 places de Membres Titulaires dans la Section de Médecine. La Société approuve les conclusions de la Commission qui classe les candidats dans l'ordre suivant :

MM. le prof. BUDIN.

le D^r MAYGRIER.

le D^r SÉGLAS.

En seconde ligne :

MM. le D^r TISSOT.

le D^r TOULOUSE.

Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. CHARPENTIER offre à la Société un volume qu'il a publié récemment : La Fièvre puerpérale.

M. OGIER offre à la Société son Traité de Chimie toxicologique. M. le prof. POUCHET est chargé de rendre compte de cet important travail.

M. FLOQUET offre à la Société son Ouvrage en deux volumes : Code pratique des honoraires médicaux.

M. CHAUDÉ, Membre titulaire, adresse à la Société une lettre dans laquelle il fait connaître que ne pouvant plus assister aux

Séances en raison de son âge et de l'affaiblissement de sa vue il demande sa nomination au titre de Membre honoraire. A l'unanimité l'honorariat est conféré à M. Chaudé. En outre M. le Secrétaire Général est chargé de dire à M. Chaudé que la Société garde un souvenir reconnaissant des services qu'il n'a cessé de lui rendre depuis sa fondation.

M. GILLES DE LA TOURETTE présente, en ces termes, un rapport médico-légal de M. le D^r Edgar Gravery : « Il s'agit d'un individu « trouvé mort porteur d'une plaie à la région frontale et qui avait « dans sa poche un revolver. La question était de savoir si on « se trouvait en présence d'un suicide ou d'un assassinat. « M. Gravery conclut à un suicide. La balle entrée au-dessus de « l'oreille droite avait filé par en bas et atteint le lobe sphénoï- « dal. Cette région du cerveau est assez tolérante, aussi n'était- « il pas étonnant qu'il y ait eu survie et que le blessé ait eu le « temps de replacer son revolver dans sa poche. M. le D^r Mar- « chant, médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de Toulouse, ayant « reçu dans la tête une balle d'un coup de revolver tiré par un « de ses pensionnaires, survécut jusqu'au lendemain. Lorsqu'une « balle atteint le cerveau sans toucher les lobes supérieurs, la « survie peut se produire ; pour que la mort arrive tout de suite « en pareil cas, il faut qu'il se produise un épanchement sanguin « considérable amenant des phénomènes d'inhibition. Ces faits- « là sont bien connus. »

Voici le rapport médico-légal de M. le D^r Gravery :

Je soussigné, Gravery Edgar, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, demeurant à Meaux, commis le 25 novembre 1898, par Monsieur le Juge d'Instruction de l'arrondissement de Meaux, en vertu d'une ordonnance ainsi conçue :

« Nous J. B..., juge d'instruction de l'arrondissement de Meaux, vu la procédure instruite à l'occasion de la mort de D... (Louis), commettons M. le D^r Gravery, à l'effet de serment préalablement prêté entre nos mains, examiner le corps du nommé D... et sa position, constater la nature et les causes des blessures qu'il porte, dire si elles proviennent de son fait ou, du fait d'un tiers, dire si la mort est due à ces blessures, déterminer les circonstances dans lesquelles elles ont été faites, fournir tous renseignements que

révélera son examen, de tout quoi dresser un rapport détaillé. »

Serment préalablement prêté, ai fait les constatations suivantes :

Le corps, examiné le 25 novembre, à 3 heures du soir, est en état de rigidité cadavérique complète : il est recouvert de ses vêtements qui ne sont pas en désordre, la casquette est à côté et à droite de la tête. Le corps est étendu tout de son long, la face contre terre, les avant-bras repliés sous la poitrine.

Dans la poche droite du paletot, on remarque un revolver du calibre de 9 millimètres. La crosse du revolver sort de la poche et l'extrémité de cette crosse est dirigée vers le col. Sur l'extrémité de cette crosse, il existe de la terre semblable à celle de l'endroit où se trouve le cadavre. Sur le revolver on remarque des taches de rouille toute récente. Il existe encore cinq cartouches dans le barillet, et une douille vide.

La pointe des pieds, chaussés de forts souliers, a creusé une empreinte profonde dans la terre qui est molle et humide ; une empreinte très marquée existe aussi dans le sol au niveau des genoux. Enfin, une empreinte moins prononcée existe sous la face. A ce niveau, un liquide grisâtre qui s'écoule du nez, souille le sol.

On remarque, sur la face, une trainée de sang desséché, qui a coulé d'un point paraissant le siège d'une plaie et situé un peu au-dessus et en avant du pavillon de l'oreille droite. Cette trainée se dirige verticalement (le corps étant étendu à terre) du point indiqué vers l'œil droit. Ce sang a donc coulé quand le corps était à terre. Mais il existe aussi un peu de sang sur la partie postérieure de la face externe du pavillon de l'oreille ; on en trouve également un peu sur la partie droite du col et du paletot, sur la manche droite au niveau de l'avant-bras, et sur la doublure du col à droite. Par conséquent, du sang a coulé, quand le corps occupait une position verticale, c'est-à-dire quand il était

debout, ou plus vraisemblablement quand il était à genoux.

L'avant-bras droit est replié tout contre et sous la poitrine, les doigts de la main droite fléchis dans la paume de la main, la deuxième phalange de l'index se trouvant au niveau de l'extrémité du pouce qui, lui, est étendu. L'avant-bras gauche est replié sous la poitrine, mais la main gauche appuie sur le bas de la main droite ; les doigts de la main gauche ont leurs deux dernières phalanges fléchies. La face dorsale des deux mains regarde le sol, leur face palmaire étant dirigée contre la poitrine.

Le 26 novembre, à onze heures du matin, à la Morgue de Meaux, le corps est dépouillé de ses vêtements. Il est encore dans la rigidité complète et ne présente aucun signe de décomposition.

Après avoir lavé la face, on constate un peu au-dessus et en avant du pavillon de l'oreille droite, une petite plaie arrondie, dont les bords sont grisâtres. Les petits cheveux qui avoisinent cette plaie sont grillés, mais on ne remarque pas de grains de poudre incrustés dans la peau autour de la plaie. Les paupières de l'œil droit sont notablement tuméfiées, mais non ecchymotiques ; la conjonctive oculaire de ce côté est légèrement boursoufflée, mais n'est pas ecchymotique non plus. La cornée est peu terne sur les deux yeux.

Un stylet, introduit délicatement dans la plaie, pénètre dans le crâne, en suivant une direction très légèrement oblique d'arrière en avant, presque transversale, et horizontale.

Le cuir chevelu, incisé transversalement d'une oreille à l'autre, est rabattu en avant et en arrière, et ne présente pas d'ecchymoses. Mais il existe un épanchement sanguin noirâtre dans le muscle temporal droit tout autour de la blessure.

La calotte crânienne est sciée au-dessus de la blessure et enlevée. Il existe un épanchement de sang noir, à consis-

tance de gelée de groseille du côté droit du crâne, entre les méninges et la dure-mère.

Le cerveau est enlevé. Il présente à sa face inférieure, vers le milieu du lobe sphénoïdal, une lésion très nette, en forme de sillon, à direction très légèrement oblique d'arrière en avant, presque transversale. A ce niveau, la substance cérébrale est dilacérée et recouverte de sang noir. Du sang épanché, noir et de la consistance déjà indiquée, existe aussi dans la fosse sphéno-temporale du crâne. Le cerveau ne présente pas d'autres lésions.

En regard de la plaie extérieure, on constate, sur la face interne de l'écaille du temporal, un orifice plus grand que la plaie cutanée, au niveau duquel la dure-mère a été déchirée et dont un lambeau flotte en arrière. On retrouve dans les caillots sanguins une rondelle osseuse irrégulière provenant de la face interne du temporal.

Si l'on suit la direction indiquée par la lésion cérébrale, qui occupe toute la largeur du lobe sphénoïdal, on arrive contre la selle turcique, au niveau du bord supérieur du rocher droit. On constate en ce point une déchirure de la dure-mère et une fracture de l'extrémité interne du bord supérieur du rocher, et l'on trouve une balle enclavée à l'union du sphénoïde et du temporal, tout contre la selle turcique, au-dessous de l'apophyse clinoïde postérieure.

Cette balle, dont l'extrémité antérieure est déformée, s'adapte à merveille par son culot à la douille trouvée vide dans le barillet du revolver.

Les organes thoraciques sont sains. Les cavités du cœur contiennent une très petite quantité de sang noirâtre, de très faible consistance. Les viscères abdominaux sont sains. Dans l'estomac, on trouve une petite quantité de matières grisâtres, occupant le cul-de-sac gauche de l'estomac ; dans ces matières, on remarque de petits débris de viande et de viande incomplètement digérés. La vessie est modérément pleine.

De longues et profondes entailles, pratiquées sur les

membres, ne font pas découvrir d'ecchymoses ; on ne constate pas de traces de violences autres que la blessure crânienne. A signaler une ancienne fracture de la cuisse gauche présentant un cal volumineux et un peu vicieux, et ayant laissé un peu d'incurvation à concavité interne.

Conclusions.

I. La blessure, siégeant au-dessus et en avant du pavillon de l'oreille droite, a été produite par un coup de feu.

II. Ce coup de feu a été tiré à une très faible distance.

III. La balle a pénétré dans le crâne, a déchiré presque transversalement, dans sa partie moyenne, la face inférieure du lobe sphénoïdal droit du cerveau et s'est logée contre la selle turcique, en déterminant un épanchement sanguin intra-cranien.

IV. La mort a été causée par ces lésions et remonte à la nuit du 24 au 25 novembre.

V. L'absence de toutes traces de violence ou de lutte permet de dire que le coup de feu a été tiré par D... lui-même ; l'empreinte profonde, produite dans la terre par l'extrémité antérieure des pieds, et l'empreinte produite par les genoux, et aussi la présence du sang sur le col, sur la doublure du col et sur la manche du paletot permettent de dire que D... était à genoux quand il a tiré son coup de feu.

VI. La présence du revolver dans la poche indique que la mort n'a pas été instantanée.

Le Secrétaire,

CH. VALON.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

Accident. De la responsabilité en matière d'—, 179.
 Aliénée auto-accusatrice, 154.
 Aliénés. De l'intervention chirurgicale chez les — au point de vue médico-légal, 306, 349.
 Allocution de M. Pouchet, président sortant, 1.
 Allocution de M. Benoit, président, 6.
 Amnésie rétrograde dans l'épilepsie, 87.

B

Bactériologie appliquée à la médecine légale, 34.
 BALLET, 106.
 BENOIT, 6, 180, 188, 303.
 Blessure de la moelle épinière par un instrument piquant, 131.
 BOGDAN, 336.
 BRIAND, 19, 163, 306.
 BROUARDEL (G.), 7.

C

CHARPENTIER, 21, 32, 97, 109, 120, 166, 202, 301, 348.
 Congrès international de médecine légale de Bruxelles, 144.
 CONSTANT, 21, 32, 109, 114, 120, 153, 170, 183, 203, 303, 328, 359.

D

DANET, 113, 303.
 Dermites papillomateuses syphilitiques, 7.

DESCOUST, 107, 146, 180.
 DUFOUR, 17, 124.

F

FLOQUET, 179.
 Fœtus. De la déclaration du — et embryons, 115.
 FOURNIER, 22.
 FOVEAU DE COURMELLES, 112.

G

GARNIER, 19.
 GILLES DE LA TOURETTE, 361.
 GRANDJUX, 320.
 GRAVERY, 361.
 Grossesse. Un cas de — imaginaire, 166.

H

HANRIOT, 108.
 Homicide volontaire. Tentative d'— par un aliéné persécuté, 101.

I

Intervention chirurgicale chez les aliénés, 306, 349.
 — pratiquée chez les militaires, 320.

J

JAGOMY, 32.

L

LADREIT DE LA CHARRIÈRE, 188.
 Laporte. Affaire —, 188.

Lésions traumatiques de la vessie dans un accouchement artificiel au point de vue médico-légal, 191.

— Appréciation médico-légale des — au moyen des rayons X, 112.

LUTAUD, 108, 114, 115.

M

MAYGRIER, 191,

Merycisme consécutif à un traumatisme de la région de l'hypochondre gauche, 124.

Militaires. Des interventions chirurgicales pratiquées chez les —, 320.

Mort subite par hémorrhagie intra-abdominale, 336.

MOTET, 99, 152, 167, 202, 304.

N

NINA RODRIGUES, 131.

P

Pendaison. Mode singulier de —, 17.

PERRIN DE LA TOUCHE, 331.

PICQUÉ, 180, 316, 341, 349, 359.

PINARD, 113, 293.

POUCHET, 1, 34, 113.

Prostitution clandestine, 146.

R

Rupture spontanée du cordon ombilical, 343.

S

Sang. La composition chimique du — peut-elle servir d'indice pour reconnaître un accouchement récent, 113.

SÉGLAS, 87.

SOCQUET, 33, 121, 163, 189, 191, 302, 348.

Suicide par arme à feu, 361.

Syphilis. Communication de la — par un nourrisson à sa nourrice, 20, 22, 170.

T

TISSÉ, 348.

Thymus. De l'hypertrophie du —, 331.

V

VALLON, 101, 154, 167, 316, 330.

VIBERT, 16, 185.

TABLE DES SÉANCES

ANNÉE 1897.

Séance du 11 janvier.....	1
Séance du 8 février.....	23
Séance du 8 mars.....	86
Séance du 12 avril.....	99
Séance du 10 mai.....	108
Séance du 14 juin.....	111
Séance du 12 juillet.....	121
Séance du 8 novembre.....	143
Séance du 13 décembre.....	152

ANNÉE 1898.

Séance du 10 janvier.....	165
Séance du 14 février.....	169
Séance du 14 mars.....	185
Séance du 4 avril.....	292
Séance du 9 mai.....	305
Séance du 13 juin.....	305
Séance du 13 juillet.....	330
Séance du 14 novembre.....	342
Séance du 12 décembre.....	360





41B

132+

